

SOMMAIRE DU N° 5

I. — TRAVAUX ORIGINAUX. — <i>Tic ou spasme de la face</i> , par E. FEINDEL et HENRY MEIGE.....	126
II. — ANALYSES. — Anatomie et physiologie. — 231) E. GLEY. Glande thyroïde et glandules parathyroïdes. — 232) BRIAU. Recherches anatomiques et physiologiques sur l'innervation du corps thyroïde. — 233) J.-P. MORAT. Le grand sympathique et le corps thyroïde. — 234) E. GLEY. Les relations actuelles entre la physiologie et la pathologie de la glande thyroïde. Physiologie pathologique du myxœdème — 235) ALFRED ROUXEAU. Relation de cent trois opérations de thyroïdectomie chez le lapin. — 236) MAIRET et BOSCH. Recherches sur les effets de la glande pituitaire administrée aux animaux, à l'homme sain, et à l'épileptique. — Anatomie pathologique. — 237) P. HAUSHALTER et C. THIRY. Étude sur l'hydrocéphalie. — 238) F. DEVIC et J. PAVIOT. Contribution à l'étude des tumeurs du corps calleux. — 239) MONTESANO et MONTESSORI. Recherches bactériologiques sur le liquide céphalo-rachidien des déments paralytiques. — 240) H. NEKORN. Un cas de tumeur graisseuse des méninges. — 241) CH. LÉVY. De la méningite séreuse due au pneumocoque. — 242) A. FRAIKIN. Luxation traumatique unilatérale de la 7 ^e vertèbre cervicale sur la 1 ^{re} dorsale. — 243) G. OBICI et P. BOLICCI. Application des rayons X au diagnostic du siège des corps étrangers de la tête et des tumeurs intra-crâniennes. — 244) ACHARD et LÉOPOLD LÉVI. Radiographie des os dans la paralysie infantile. — Neuropathologie. — 245) P. MARIE. L'évolution du langage considéré au point de vue de l'étude de l'aphasie. — 246) E. BRISSAUD. Le centre de l'agraphie et la surdit-mutité. — 247) MAGNUS-LÉVY. Myxœdème et crétinisme sporadique. — 248) E. BRISSAUD. De l'infantilisme myxœdémateux. — 249) E. BRISSAUD. Myxœdème thyroïdien et myxœdème parathyroïdien. — 250) E. HERTOGHE. Nouvelles recherches sur les arrêts de croissance et l'infantilisme. — 251) H. VIVIER. Sur l'infantilisme. — 252) GILBERT HAY. Étiologie du zona. — 253) A. HASLUND. Sur le zona à l'occasion d'un cas avec éruption généralisée. — 254) G. PERNETH. Zona récidivant avec remarques sur son étiologie. — 255) T. BEWLEY. Cas de zona récidivant et bilatéral. — 256) W. BEATTY. Un cas de zona récidivant et bilatéral. — 257) L. JULLIEN. Zona et syphilis. — 258) GAUCHER et BARDE. Des syphilides zoniformes. — 259) SPILLMANN et ÉTIENNE. Syphilides zoniformes. — 260) AXEL JOHANNESSEN. Sur une asphyxie locale accompagnée de troubles fonctionnels du cerveau.....	134
III. — SOCIÉTÉS SAVANTES. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — 261) A. JOUSSET. Un nouveau signe de névralgie phrénique. — 262) J. BABINSKI. De quelques mouvements associés du membre inférieur paralysé dans l'hémiplégie organique. — 263) J. BABINSKI. Spasme associé du pectoral du cou du côté sain dans l'hémiplégie organique. — 264) E. JEANSELME. Syndrome de Morvan. Syringomyélie et lèpre. — 265) CH. ACHARD et LÉVI. Paralysies transitoires d'origine cardiaque. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — 266) CH. MIRAILLÉ. Un cas de « main succulente » dans un cas de myopathie type Landouzy-Dejerine. — 267) J. HAUSHALTER et CH. THIRY. Deux cas de rigidité spasmodique infantile avec autopsie. — 268) PÉROCHAUD, MIRAILLÉ et ARIN. De l'état des réflexes tendineux dans le rhumatisme chronique. — 269) DANILEWSKY. Relations entre le développement du crâne et des circonvolutions cérébrales. — 270) DEJERINE et A. THOMAS. Un cas de syringomyélie type scapulo-huméral avec intégrité de la sensibilité, suivi d'autopsie.....	150
IV. — BIBLIOGRAPHIE. — 271) E. MARANDON DE MONTYEL. De l'évolution comparée des troubles des réflexes crémastérien, pharyngien et patellaire étudiés chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale.	154

TRAVAUX ORIGINAUX

TIC OU SPASME DE LA FACE

PAR

E. Feindel et Henry Meige.

Le diagnostic entre le tic et le spasme de la face est, de l'aveu du Pr Erb, un des problèmes les plus délicats de la neuropathologie.

Rien n'est en effet plus malaisé que de distinguer, de prime abord, un tic d'un spasme, tant les apparences extérieures offrent en elles d'analogie prêtant à la confusion. Et cependant, rien n'est plus nécessaire que d'établir cette différenciation, car le pronostic ainsi que le traitement sont, dans l'une et dans l'autre affection, diamétralement opposés.

Le tic, mal psychique, est un accident bénin : on en guérit, si l'on *peut vouloir* en guérir; au pis aller, on n'en guérit pas; en tout cas, le tic n'implique jamais l'existence d'une lésion organique grave pouvant un jour mettre la vie en danger. Ce n'est qu'une *habitude* vicieuse, devenant tout au plus une infirmité, avec laquelle on peut cependant faire bon ménage durant de longues années. Puis, il n'est pas impossible de faire cesser un tic par l'emploi d'un traitement psychothérapique patient et prolongé.

Le spasme facial, au contraire, sous des dehors à peu près identiques, est la résultante d'une excitation portant sur le trajet d'un réflexe nerveux. Sa cause est une lésion matérielle, et de là dépend sa gravité. Sans doute, cette lésion peut spontanément disparaître comme elle est spontanément survenue. Mais en général, elle est persistante; presque toujours, elle tend à s'aggraver, engendrant des accidents spasmodiques de plus en plus généralisés. Enfin, les traitements qu'on peut opposer au spasme sont malheureusement pour la plupart inefficaces; les opérations chirurgicales n'ont pas toujours raison des phénomènes convulsifs; et même, de par leur difficulté, ces interventions ne sont pas complètement exemptes de danger.

On voit, par ces seules remarques, combien il importe d'être fixé sur la nature des mouvements spasmodiques du visage, au double point de vue du pronostic et du traitement.

Malgré les difficultés du diagnostic entre le tic et le spasme de la face, la question n'est cependant pas insoluble, si l'on prend soin, en l'abordant, de s'appuyer sur les caractères différentiels établis par M. Brissaud (1).

L'observation qui suit nous servira d'exemple :

Un homme de 37 ans, X..., instituteur, s'est présenté le 3 mai 1897 à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine (service de M. le Dr Brissaud).

La moitié gauche de son visage était animée de secousses spasmodiques, incessantes et désordonnées; elles duraient depuis un mois, sans que rien pût y mettre un terme. Il n'en souffrait pas, mais cette infirmité le mettait dans l'impossibilité d'exercer sa profession.

Sauf une rougeole à l'âge de 10 ans et des « vertiges » (2) aux environs de sa treizième

(1) E. BRISSAUD. Leçons sur les maladies nerveuses, 1893-1894, p. 502 et seq.

année, X..., n'a pas eu de maladies graves; c'était un enfant « délicat », mais au demeurant de bonne santé.

Sans répugnance pour les jeux de son âge, il se montrait cependant plus « sérieux » que la plupart de ses petits camarades, étant toujours très assidu au travail.

Le jour vint où il dut choisir une profession. Sa mère, croyante sincère, désirait qu'il se consacrat à la prêtrise. X... préféra entrer dans l'enseignement laïque.

Il se mit à préparer avec ardeur son « brevet simple » qu'il obtint à 19 ans. Dès l'année suivante, nommé instituteur, il remplit ses fonctions jusqu'au mois dernier, pénétré, peut-être jusqu'à l'excès, de la gravité et de l'importance de son ministère.

Le 4 août 1884, à la suite d'une période de fatigues scolaires plus considérables qu'à l'ordinaire (préparation intensive d'enfants au certificat d'étude), le matin, après une nuit très agitée, X..., en se réveillant, éprouve une sensation de raideur dans la joue, sorte de gêne qui, d'ailleurs, n'était pas douloureuse.

Il se regarde dans une glace et constate, avec surprise, que son œil gauche reste grand ouvert; il ne peut clore les paupières ni rider la moitié gauche de son front. Enfin, sa bouche est légèrement déviée à droite. Au surplus, tout se borne à la constatation d'une paralysie de la moitié gauche de la face.

Au bout de 8 jours cependant, survient un violent mal de tête qui dure une journée la même céphalalgie reparait à des intervalles inégaux, tous les 8 jours, tous les 15 jours, tous les mois, par accès qui durent un jour ou deux, conservant toujours les mêmes caractères: douleurs dans le front et surtout dans les deux tempes, nausées, allant même jusqu'aux vomissements, ceux-ci se répétant parfois d'une façon convulsive pendant la journée entière. En même temps, la vue est troublée; l'obscurité réussit quelquefois à atténuer l'accès; mais ce dernier ne cesse guère qu'après une nuit de sommeil.

Il en fut ainsi durant quatre années. Les accès s'espacèrent peu à peu jusqu'à cesser complètement. La paralysie faciale persista, en s'atténuant un peu, sans toutefois disparaître tout à fait.

Huit ou neuf ans se passent sans événement notable, si ce n'est un rhume que prit X... au sortir d'une classe pendant laquelle il avait beaucoup parlé. De ce rhume il lui est resté, assure-t-il, une « bronchorrhée » qui se traduirait par une sécrétion muqueuse, « un flux » montant à la gorge et qui le fait suffoquer.

« C'est pourquoi, ajoute-t-il, je suis obligé d'expectorer sans cesse de petits crachats verts et de faire à chaque instant: « hem! hem! »

Peut-être y a-t-il dans ce dire une certaine part de vérité, bien que nous n'ayons pas vu les crachats verts ni entendu le « hem! hem! », peut-être aussi le malade s'exagère-t-il l'importance de ces signes dont il cherche à faire l'analyse avec une érudition de mauvais aloi.

Sans insister davantage, arrivons maintenant à l'événement capital de l'histoire de X...

Une nuit, au commencement d'avril 1897, à la suite de plusieurs jours de malaise, de fatigue, « d'épuisement » comme il dit, X... se sentit brusquement réveillé par une violente secousse dans la partie inférieure de la face et du cou, du côté gauche.

A cette première secousse en succéda une seconde, puis une troisième, et ainsi de suite, presque sans arrêt. Depuis lors, toute la moitié gauche de la face et du cou est demeurée le siège de ces contractions musculaires, incessantes, invincibles, incoordonnées.

Un visage à ce point bouleversé n'était guère compatible avec la profession d'instituteur; aussi, dès le début de ses accidents spasmodiques, X... dut-il, à son profond regret, délaisser ses « chères fonctions ».

Depuis un mois il a abandonné sa classe, et aucun changement notable n'est survenu dans son état. Les muscles de la moitié gauche de la face et du cou demeurent aussi fortement et aussi irrégulièrement spasmodiques.

En cette région, il n'existe pas de douleurs à proprement parler, mais des sensations gênantes dans le visage et le cou: sensation d'« enflure » de la lèvre, sensation d'un « corps étranger » appliqué au-dessous de l'œil, sensation de « pression » sur le cou.

Tous les autres renseignements fournis par l'examen et l'interrogatoire sont restés négatifs:

Aucun trouble de la sensibilité cutanée, aucun trouble sensoriel; pas de rétrécissements

du champ visuel ; nul désordre viscéral. Les anciennes crises de céphalée ont disparu complètement depuis plusieurs années ; le sommeil est généralement bon, malgré des rêves fréquents, de caractère professionnel. Quelquefois cependant, X... est réveillé par une brusque secousse musculaire du visage.

Récapitulons : Un homme de 37 ans, surmené peut-être intellectuellement, est atteint à l'âge de 24 ans de *paralysie faciale gauche totale* (le muscle orbiculaire compris). Huit jours après, débutent des accès de *céphalalgie* fronto-temporale, bilatérale, accompagnée de nausées, de vomissements, de troubles de la vue. Ces accès se reproduisent à intervalles inégaux, durant quatre années, puis disparaissent. Cependant, la paralysie faciale persiste encore, mais non sans quelque tendance à s'amender. A 31 ans, un rhume suivi de bronchorrhée (?). Enfin, récemment, nouveau symptôme : Tout d'un coup, au milieu de la nuit, cet homme est réveillé par des *contractions spasmodiques de la moitié gauche du visage*. Depuis lors, ce phénomène se reproduit d'une manière incessante, avec les mêmes caractères de brusquerie, d'incoordination et d'invincibilité. Sa persistance crée une infirmité véritable ; mais il n'est pas douloureux. Le malade accuse seulement des sensations anormales, dans les régions où les secousses musculaires restent localisées.

Deux faits dominant dans cette histoire : L'accident paralytique d'abord, et secondement, à treize ans de distance, les accidents spasmodiques qui sont venus s'y superposer.

La paralysie faciale n'offre en elle-même qu'un intérêt relatif ; d'emblée, elle fut totale, ce qui suffirait à démontrer son origine périphérique. Mais nous y reviendrons. Dès à présent, arrêtons-nous aux phénomènes spasmodiques, car, pour notre malade, comme pour la plupart des cas analogues, la même question se pose au premier examen :

De quelle nature sont les brusques contractions des muscles de son visage ? Est-ce un tic ? Est-ce un spasme ?

La différenciation ne peut guère être établie que par un examen méthodique du phénomène convulsif et par la recherche des causes qui ont présidé à son apparition.

Étudions donc de plus près les mouvements du visage.

A l'exception du frontal, tous les muscles de la moitié gauche de la face sont intéressés : l'orbiculaire, les zygomatiques, les muscles du nez, des lèvres, du menton, et même le peaucier du cou.

Sur un fond de contraction qui semble permanente, viennent se dessiner de brèves secousses partielles, portant, tantôt sur un muscle, tantôt sur un autre ; elles n'atteignent souvent qu'une moitié de celui-ci, qu'un faisceau de celui-là, pour gagner aussitôt les fibres d'un troisième, quitte à reparaitre ensuite sur ceux qui n'avaient pas été touchés précédemment. Aucune régularité, aucune loi, dans la marche de ce processus à l'allure désordonnée, qui semble n'être régi ni par le lieu ni par le temps. C'est un morcellement de saccades frappant à tort et à travers toute une moitié de la musculature du visage, et la mimique qui en résulte réalise une grimace équivoque et fugitive, faite de parcelles de grimaces juxtaposées incompréhensiblement.

Tels sont, autant qu'on puisse analyser des mouvements aussi brusques et aussi désordonnés, les caractères des phénomènes convulsifs de notre malade.

Est-ce un tic ?

« Ce qui caractérise les mouvements des tics, dit Brissaud (1), en s'appuyant

(1) BRISSAUD. *Loc. cit.*

sur une définition de Charcot, c'est que, malgré leur complexité et leur bizarrerie, ils ne sont pas toujours, comme on le croit trop souvent, déréglés, incoordonnés, contradictoires au premier chef. Ils sont en général, au contraire, systématisés, en ce sens qu'ils reparaissent toujours les mêmes chez le même sujet et, de plus, fort souvent au moins, en les exagérant cependant, ils reproduisent certains actes automatiques d'ordre physiologique appliqués à un but. »

A notre cas, cette description ne convient guère.

Les mouvements de X... n'ont rien de systématisé, ils ne tendent vers aucun but compréhensible. Ni la joie, ni la douleur, ni la surprise, ni l'effroi, ni aucune des passions humaines, ne se traduisent par une telle débauche de contractions. Tout est désordre, dérèglement, contradiction : véritable anarchie de la mimique expressive. Donc, par définition, ce n'est pas un tic.

Est-ce un spasme ?

« Les spasmes cloniques, dit encore Brissaud, à l'inverse des tics, sont des mouvements involontaires où il est impossible de reconnaître la moindre systématisation fonctionnelle. On n'y voit participer que des muscles ou des groupes de muscles dont la synergie active ne tend pas vers un but commun. »

Voilà qui correspond mieux à notre description. Et, sans pousser plus loin l'analyse, nous pourrions nous arrêter au diagnostic de spasme de la face.

Cependant quelques réserves sont nécessaires. En effet, « lorsqu'un spasme proprement dit est localisé aux muscles de la face, il devient très malaisé d'affirmer ou de nier qu'il ne s'agit pas d'un tic, à moins qu'on ne sache à n'en pas douter quelle a été l'origine du phénomène convulsif (1) ».

Il importe en effet de se renseigner sur l'état des fonctions psychiques. Car, sans prétendre que le tic soit une maladie de famille se transmettant de père en fils, « ce qu'on retrouve dans toutes les observations de tic, en dehors de l'hérédité, c'est un état mental spécial, des bizarreries, de l'excentricité, bref, une tournure d'esprit qui marque plus ou moins de déséquilibre ».

A cet égard, notre interrogatoire n'a pas été infructueux.

X..., il est vrai, n'a pas d'antécédents morbides dans sa famille.

Son père, mort à l'âge de 66 ans d'une congestion pulmonaire qui l'emporta en trois jours, était de bonne santé, nullement nerveux. Sa mère, âgée de 60 ans, est très bien portante ; elle n'a eu qu'un enfant, X... Parmi les collatéraux, il n'y eut ni névropathes, ni aliénés.

Quant au malade lui-même, nous avons vu que son enfance avait été normale et paisible. Tout au plus pourrait-on rappeler qu'il était d'esprit plus rassis que les enfants de son âge : ce n'est pas une tare.

Mais, aux approches de la majorité, prend place dans l'histoire de X... un épisode que, malgré son originalité, nous eussions préféré passer sous silence, s'il ne présentait une certaine importance au point de vue du diagnostic de la maladie actuelle.

Très chaste, ne s'étant jamais permis de plaisirs solitaires, n'ayant jamais affronté les rapports féminins, cependant bien sexué, X... était obsédé par l'exubérance de sa virilité. Pour mettre un frein à des manifestations qui lui faisaient horreur, et qui, la nuit surtout, lui semblaient déplacées, il imagina divers expédients, et, finalement, s'arrêta à la combinaison suivante :

Le soir, en se couchant, il adaptait à l'organe dont il redoutait les surprises une sorte d'étui cylindrique maintenu par des cordons autour de la ceinture.

(1) BRISSAUD. *Loc. cit.*

Le cylindre en question contenait une tige métallique fixée à un ressort, mais n'ayant aucun contact avec les parois. Or, cette tige d'une part, le fond du cylindre d'autre part, étaient reliés par des fils à une sonnerie électrique.

Le sommeil venu, s'il arrivait qu'une pression anormale s'exerçât à l'intérieur de l'instrument, le ressort cédait peu à peu et la tige métallique ne tardait pas à buter contre le fond du cylindre. C'était un appareil très analogue en somme à celui de Minière.

Le contact établi, la sonnerie fonctionnait et notre homme, qui avait soin de placer celle-ci sous son traversin, s'éveillait aussitôt, automatiquement averti du danger qui le menaçait.

Le plus souvent, il n'en fallait pas davantage pour faire rétrocéder la pression dans l'appareil. La sonnerie se taisait ; X... n'avait qu'à se rendormir, quitte à se trouver de nouveau réveillé en vertu du même mécanisme.

D'autres fois, le timbre persistait à sonner, alors X... se levait et faisait à plusieurs reprises le tour de sa chambre. Il ne se remettait au lit que lorsqu'il était devenu complètement maître de lui-même.

Fut-ce le résultat de cette bizarre invention ? Toujours est-il qu'elle fit merveille, car bientôt X... cessa d'être réveillé par son avertisseur nocturne. Depuis dix ans, s'il faut l'en croire, il n'a plus jamais eu besoin d'y recourir. Et aujourd'hui, bien qu'il n'ait que 37 ans, sa complète frigidité le met désormais à l'abri des expansions qui troublèrent les nuits de sa jeunesse.

Ce n'était cependant qu'un désagrément banal ; mais il en ressentait une humiliation excessive : les sollicitations de la chair lui semblaient dégradantes pour un homme grave et pondéré, tel qu'il aimait à se représenter lui-même.

De cette application insolite des contacts électriques, nous ne voulons retenir qu'une chose : c'est l'excès de préoccupation que causaient au malade les incitations de sa virilité, l'horreur qu'il en avait, enfin le stratagème compliqué qu'il imagina pour s'en protéger : tout cela, en vérité, dénote une tournure d'esprit pour le moins excentrique, un état mental qui confine de bien près à la déséquilibration. Or, s'il est vrai que de semblables bizarreries s'observent chez les candidats au tic, X..., il faut le reconnaître, possède un titre peu banal au qualificatif de tiqueur.

Ainsi, en invoquant l'influence de la prédisposition individuelle, le diagnostic de tic, infirmé d'abord par l'examen objectif, récupère quelque vraisemblance.

Ne pourrait-on trouver d'autres arguments en sa faveur ?

Le tic, disons-nous, est un mouvement systématisé, reproduisant, parfois avec exagération, certains actes physiologiques appliqués à un but défini.

« Parmi les tiqueurs, dit Charcot, les uns semblent vouloir expulser par une brusque expiration nasale un corps étranger dans le nez ; les autres par un mouvement d'occlusion rapide des paupières, semblent vouloir protéger leurs yeux contre la pénétration d'un corps étranger, etc., etc. »

Tous ces gestes, au début, ne sont autre chose que des mouvements réflexes, répondant à des incitations définies. Mais, plus tard, chez des prédisposés ces mouvements deviennent des habitudes, et se reproduisent alors même que la cause provocatrice n'existe plus : la majorité des tics prennent naissance ainsi.

« L'homme qui a une angine granuleuse et qui pousse le « hem » caractéristique peut continuer de le faire, une fois l'angine guérie, si c'est un cérébral, et

qu'il prenne cette occasion comme point de départ d'une habitude. Le tic peut naître sous ce prétexte, de même que sous beaucoup d'autres qui nous échappent le plus souvent (1). »

N'aurions-nous pas méconnu la cause des mouvements convulsifs de notre malade ?

Rappelons-nous en effet que, dès le premier jour, il dit avoir éprouvé en plusieurs endroits du visage et du cou, des sensations gênantes : sous l'œil « comme un morceau de carton collé », dans la lèvre « comme une enflure », sur le cou « comme une pression ». Toutes ces sensations ont pu être le point de départ de mouvements destinés à débarrasser les téguments de ces corps étrangers imaginaires : actes réflexes, conscients ou subconscients, adaptés à un but défini, les muscles peauciers de la face agissant comme ceux des animaux lorsqu'ils veulent se débarrasser des mouches.

Une telle explication ferait comprendre la genèse de l'incohérente grimace de notre malade. Celle-ci ne serait l'expression ni d'un sentiment, ni d'une passion, mais un simple geste de défense.

Au début, quelque chose le gênait au pourtour de l'œil gauche : il a cligné les paupières pour s'en débarrasser ; au niveau de la commissure labiale, autre sensation désagréable : d'où une contraction des muscles de cette région destinée à assouplir la peau, etc.

Plus tard, chez cet individu à volonté mal assise, ces mouvements primitivement adaptés à un but précis, sont passés à l'état d'habitude. Un besoin irrésistible le poussant à les exécuter, il les a réitérés sans relâche : ainsi un tic aurait pu se constituer.

La petite toux dont X... se dit atteint serait un phénomène du même genre, tic d'habitude dont la cause provocatrice, une ancienne bronchite, a certainement disparu aujourd'hui.

Bref, en tenant surtout compte de l'état psychique, qui, dans le cas présent, témoigne d'une réelle déséquilibration, et qui, de l'avis de Brissaud, doit servir de base au diagnostic, notre malade pourrait être rangé parmi les tiqueurs ; la genèse de son tic pourrait même être reconstituée.

Mais de graves raisons ébranlent cette hypothèse.

D'abord, chez l'homme, les muscles de la face, tout peauciers qu'ils sont, n'ont pas en général le genre d'adaptation fonctionnelle que nous avons supposé. Leur principal rôle est d'exprimer les passions, bien rarement de chasser les mouches.

Puis, sauf chez certains individus spécialement adonnés aux exercices de mimique (les acteurs par exemple), les mouvements de la face sont rarement dimidiés, comme c'est ici le cas.

En outre, dans le tic, acte cérébral cortical, la volonté intervient ou peut intervenir. La majorité des tiqueurs arrivent par instant à s'empêcher de tiquer, pourvu que leur volonté soit momentanément assez puissante.

Tel n'est pas le cas pour notre malade : rien ne nous a paru capable de maîtriser les contractions de son visage ; lui-même, il assure qu'elles ne cessent jamais, et que sa volonté est impuissante à les modifier ou à les retenir.

De plus, il faut le rappeler, ces mouvements spasmodiques ont débuté brusquement, une nuit, pendant le sommeil.

Dira-t-on, pour défendre l'origine corticale du phénomène, qu'un rêve a pu le

(1) BRISSAUD. *Loc. cit.*

provoquer? L'explication ne serait guère valable que si le sujet présentait des stigmates d'hystérie. Ce qui n'est pas.

Enfin, fait capital, ces accidents qui offrent tous les caractères objectifs des contractions spasmodiques franches, ont apparu sur un territoire antérieurement frappé de paralysie.

Il y a là plus qu'une coïncidence, et nous pouvons déjà prévoir qu'une lésion portant sur un des points de l'arc réflexe qui commande aux mouvements de la moitié gauche de la face est la cause du spasme véritable auquel nous avons affaire ici.

Sans affirmer que la paralysie faciale et le spasme qui lui a succédé, à treize années de distance, soient sous la dépendance d'une lésion univoque, on ne peut s'empêcher d'établir un rapprochement entre ces deux accidents.

Nous savons, — le malade est très affirmatif sur ce point, — que la paralysie fut d'emblée totale du côté gauche, frappant l'orbiculaire comme le reste de la musculature du visage de ce côté.

Ceci nous permet d'éliminer d'emblée l'hypothèse d'une paralysie d'origine cérébrale : l'orbiculaire eût été respecté. D'autre part, une lésion bulbo-protubérantielle se fût vraisemblablement accompagnée d'autres accidents, en particulier de paralysies oculaires (syndrome de Weber, syndrome de Millard-Gubler).

En outre, la paralysie faciale ayant été totale, le nerf n'a pu être touché qu'en deçà de sa bifurcation périphérique, et même avant sa pénétration dans la paroi osseuse, car aucun signe ne permet de supposer que la lésion ait été intrapétreuse.

En procédant ainsi par éliminations successives, on arrive à localiser le siège de la lésion sur le trajet intracrânien du tronc nerveux facial, et à une certaine distance de son point d'émergence bulbo-protubérantielle, car il n'y a eu ni troubles oculaires ni troubles auditifs, permettant de supposer que l'acoustique ou le moteur oculaire externe aient été touchés, fût-ce passagèrement.

Cette paralysie a persisté durant 13 années, mais en subissant une légère amélioration, ce qui permet déjà de supposer que la lésion n'a pas été complètement destructive ; on en acquiert la certitude en voyant, au bout de ce long laps de temps, des accidents convulsifs apparaître sur le même domaine.

Or, reportons-nous à la définition même du spasme :

« Un spasme est une réaction exclusivement réflexe survenant à la suite d'une excitation portée en un point quelconque d'un arc réflexe. »

Dans notre cas, l'arc réflexe est ainsi constitué : voie centripète, le trijumeau ; voie centrifuge, le facial ; centres réflexes, les noyaux bulbo-protubérantiels de ces deux nerfs.

L'hypothèse d'une lésion intéressant le trijumeau nous semble défendable dans notre cas.

Il ne s'agit pas, bien entendu, d'un exemple de tic douloureux de la face : notre malade n'a jamais eu de douleurs ; mais il se plaint d'avoir éprouvé, dès le début de ses accidents spasmodiques, des sensations anormales dans des régions innervées par le trijumeau (le cou excepté).

Cela permet de concevoir l'existence d'une lésion irritative portant sur un point de la voie centripète de l'arc réflexe facial, par exemple sur le trajet intracrânien du trijumeau, au voisinage de la protubérance.

Quant à la nature de cette lésion, elle est plus difficile à préciser.

Cependant, si l'on se rappelle ce qui s'est passé au moment de la paralysie

faciale : — début soudain, sans douleurs, sans aucun autre phénomène morbide, — on doit admettre que la lésion causale a été très brusque et très limitée. Nous pensons qu'une ectasie vasculaire de petit volume, ayant subitement comprimé le tronc du facial, a pu commettre ce méfait. Et ce qui donne quelque crédit à cette hypothèse, c'est que, peu de jours après l'apparition de la paralysie, le malade a commencé à souffrir de crises de céphalalgie avec nausées et photophobie, survenant à intervalles inégaux et se répétant pendant plusieurs années, sortes d'accès migraineux qui, comme tels, peuvent être rattachés à un trouble circulatoire de la région basilaire.

Peu à peu, l'équilibre vasculaire s'étant rétabli, les crises ont pris fin ; cependant le facial est resté comprimé, de moins en moins fortement d'ailleurs, comme en a témoigné le léger amendement des phénomènes paralytiques.

A quelques années de là, non moins soudainement que la paralysie, le spasme est apparu. Ne peut-il s'expliquer par un nouvel accident vasculaire, tout voisin du premier, sinon par une extension brusque de l'ectasie initiale ? Une lésion de ce genre, et ainsi localisée, serait capable de déterminer une action irritative soit sur la voie centrifuge du réflexe facial, soit sur sa voie centripète (ce qui expliquerait les sensations anormales du visage). Dans les deux cas, un spasme en pourrait résulter.

Le cas de Schültz, rapporté par Brissaud, confirme la possibilité de ce processus pathogénique. Chez un sujet qui, pendant dix ans, présentait des mouvements spasmodiques de la moitié gauche de la face, on découvrit à l'autopsie un anévrysme de l'artère vertébrale gauche, comprimant le nerf facial au voisinage du tronc basilaire. Les accidents spasmodiques, qualifiés à tort de tic, étaient bien dus à un spasme véritable.

En faisant toutes les réserves que comporte ce diagnostic causal dans le cas que nous venons d'étudier, nous avons tenu cependant à émettre cette conjecture, car elle nous paraît rendre compte des phénomènes cliniques observés.

Tels sont les arguments qui plaident en faveur de l'existence d'un spasme facial.

L'hypothèse d'un tic nous paraît devoir être rejetée. Cependant, il ne faut pas oublier qu'« un spasme né d'une cause quelconque, peut se transformer en tic, en créant chez un prédisposé une *habitude morbide*, qui s'installera définitivement après que la cause du réflexe aura disparu (1) ».

Et s'il ne nous paraît pas douteux que notre malade soit atteint aujourd'hui d'un spasme véritable, nous nous rappelons qu'il appartient, non sans de bonnes raisons, à la catégorie des prédisposés aux tics.

Aussi bien, même s'il a la bonne fortune de guérir de son spasme, reste-t-il exposé à en conserver la fâcheuse accoutumance et à tiquer un jour comme il est aujourd'hui spasmodique. Ce jour-là cependant un changement capital surviendrait dans son état. Une sévère discipline imposée à sa volonté, pourrait l'améliorer, sinon le guérir ; car, en définitive, son mal ne serait plus alors qu'une mauvaise habitude psychique, de celles que les sujets à volonté débile et mal pondérée contractent aisément, mais dont on doit essayer de les débarrasser, non sans espoir d'y parvenir.

(1) BRISSAUD, *Loc. cit.*

ANALYSES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

231) **Glande Thyroïde et glandules parathyroïdes**, par E. GLEY.

Presse médicale, n° 4, p. 12, 12 janvier 1898 (notes bibl.).

La glande thyroïde et les glandules ont-elles, l'une et les autres, une fonction absolument distincte? Il faudrait pour cela que chez les animaux la suppression de la thyroïde donnât lieu à la cachexie myxœdémateuse en règle aussi générale que l'extirpation des glandules produit la tétanie et la mort.

Y a-t-il, entre glande et glandules, association fonctionnelle? Les glandules s'hypertrophient quand la glande est enlevée; les glandules contiennent la même substance iodée que la glande. Mais si la sécrétion iodée est caractéristique de la fonction thyroïdienne, on ne sait encore quelle est la manière d'être de ce qui peut persister de cette sécrétion chez les myxœdémateux, ni comment sont réparties les altérations de la glande et des glandules. Aussi tout fait clinique nouveau est-il précieux, et les hypothèses qu'il fait naître sont de nature à élargir le cercle de nos connaissances en demandant aux expérimentateurs des faits précis et susceptibles de confirmer ou d'infirmer les idées émises. THOMA.

232) **Recherches anatomiques et physiologiques sur l'innervation du Corps Thyroïde**, par BRIAU. *Thèse de Lyon*, 1897. *Lyon méd.*, LXXXVI, n° 51, p. 514, 19 décembre 1897.

I. — AU POINT DE VUE ANATOMIQUE. — a) Les nerfs thyroïdiens proviennent avant tout du tronc sympathique cervical, s'en détachant à des hauteurs différentes, mais principalement du deuxième nerf cardiaque et du ganglion cervical moyen. Les filets forment des plexus autour des artères thyroïdiennes, surtout de l'inférieure. Le laryngé supérieur et le récurrent envoient aussi 2 ou 3 filets (Travaux de Henle et Lindemann).

b) Dans l'intérieur de la glande on peut distinguer des *nerfs vasculaires* et des *nerfs glandulaires*. Ces derniers restent par leurs arborisations terminales à la surface de l'épithélium sans le pénétrer. Pas de cellules nerveuses ganglionnaires dans l'intérieur de la glande.

II. — AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE. — La sécrétion de la glande se fait trop lentement pour que les expériences de section ou d'excitation des différents filets nerveux aient permis de saisir le mécanisme de l'activité cellulaire.

III. — Seul parmi les nerfs de la région du cou le grand sympathique produit des effets vaso-moteurs dans la glande thyroïde; vaso-constriction au-dessus du ganglion cervical inférieur, vaso-dilatation au-dessous.

IV. — Les conclusions justifieraient la section du sympathique préconisée par Jaboulay comme traitement du goître exophtalmique. A. HALIPRÉ.

233) **Le Grand Sympathique et le Corps Thyroïde**, par J. P. MORAT.

Presse médicale, 22 décembre 1897, n° 107, p. 385.

Après avoir apporté des faits nouveaux concernant l'action du sympathique sur le corps thyroïde, M. Morat insiste sur ce que : *Une excitation artificielle, telle que celle que nous réalisons avec l'électricité quand elle est portée sur la chaîne thoracique, fait accélérer le cœur, saillir le globe oculaire, en même temps qu'elle fait rougir la face*

et congestionner le corps thyroïde, c'est-à-dire réalise les symptômes les plus apparents du goitre exophtalmique. C'est là la résultante de l'excitation localisée sur la chaîne thoracique où sont les fibres accélératrices du cœur, protractrices du globe, vasodilatatrices de la face et du corps thyroïde, s'entremêlant à d'autres éléments à action antagoniste.

Cependant, il ne s'ensuit pas que la pathogénie du goitre exophtalmique soit une excitation pathologique du sympathique thoracique. En réalité, toutes les théories pathogéniques du goitre exophtalmique sont insuffisantes. On peut arranger nombre d'explications qui ne seraient pas trop en désaccord avec les faits connus. On a le choix entre des suppositions bien différentes; cela parce que les éléments nerveux, associés les uns aux autres, se transmettent l'excitation suivant des cycles réflexes compliqués qui se commandent et s'influencent réciproquement. Ces relations que nous n'entrevoions encore que vaguement sont trop peu précisées dans le détail pour que nous puissions faire fond sur elles comme base d'une théorie pathogénique digne de ce nom, c'est-à-dire qui ne soit pas une simple vue analogique sur les choses. FEINDEL.

- 234) **Les relations actuelles entre la physiologie et la pathologie de la Glande Thyroïde. Physiologie pathologique du Myxœdème**, par E. GLEY. *Revue générale des sciences*, 15 janvier 1898, p. 13.

Cette étude est en partie la reproduction du rapport qui avait été demandé à l'auteur par le comité d'organisation du Congrès de Moscou sur la physiologie pathologique du myxœdème. C'est une revue générale des plus importantes de tous les travaux relatifs aux fonctions de la glande thyroïde. L'auteur expose l'histoire du problème du myxœdème, les notions résultant de l'étude des propriétés physiologiques des produits sécrétés par la grande thyroïde, les fonctions de la glande thyroïde et des glandules parathyroïdes. Il insiste sur un fait très important mis en lumière par certaines de ces études, c'est que les échanges nutritifs ne sont pas toujours uniquement réglés par le système nerveux, mais que la régulation a lieu quelquefois par des substances provenant des échanges eux-mêmes. P. JANET.

- 235) **Relation de cent trois opérations de Thyroïdectomie chez le lapin**, par ALFRED ROUXEAU. *Archives de physiologie*, 5^e série, t. IX, n° 1, p. 136 à 151, janvier 1897.

Trois séries d'expériences chez des lapins.

I. — *Opérations complètes en un temps*. — On enlève simultanément le corps thyroïde et les glandules parathyroïdes. 46 expériences. Conclusions : 1° Les quatre cinquièmes des opérés ont présenté des symptômes nerveux formidables et caractéristiques qui semblent indiquer que la cause principale de la mort doit être cherchée dans une lésion ou un trouble fonctionnel du système nerveux ; 2° Tous les animaux qui ont succombé, soit dans les premiers jours, comme c'est le cas pour les trois quarts des opérés, soit après une survie plus ou moins longue, mais surtout dans ce dernier cas, étaient atteints de lésions pulmonaires graves.

Sept opérés vécurent plusieurs mois, et quatre vivent encore après 18 mois.

II. — *Opérations partielles* bornées au seul corps thyroïde et respectant les glandules : 57 expériences. Conclusions : ces opérations sont à peu près inoffensives ; les quelques lapins qui meurent succombent à des broncho-pneumonies, dues peut-être pour une part prépondérante au traumatisme ; on note quelque-

fois un arrêt du développement chez les animaux jeunes. Comme l'a vu M. Gley, les glandules parathyroïdes s'hypertrophient, ce qui atteste leur rôle en pareil cas.

III. — *Opérations complètes en deux temps.* — Treize expériences : on enlève les glandules parathyroïdes dans une deuxième opération, pratiquée en général douze jours après la première. Tous ces opérés sont morts ; ils ont présenté à des degrés assez marqués les symptômes caractéristiques observés après la thyroïdectomie complète en un temps, tremblement, mouvements convulsifs, raideur de la nuque, paralysie, hypothermie, salivation, dilatation papillaire, etc.

Les glandules sont-elles des thyroïdes embryonnaires ? Sont-ce des organes dont la fonction, différente jusqu'à un certain point, peut suppléer dans une certaine mesure le corps thyroïde absent ? Ce qui est certain, c'est que les glandules parathyroïdes deviennent nécessaires à la vie, chez le lapin, dès que le corps thyroïde vient à manquer.

L. HALLION.

236) **Recherches sur les effets de la Glande Pituitaire, administrée aux animaux, à l'homme sain et à l'Épileptique**, par MAIRET et BOSC (de Montpellier). *Archives de physiologie*, t. VIII, n° 3, p. 600, juillet 1896 (13 pages).

Le travail se divise en deux parties :

I. — *Effets physiologiques de la glande pituitaire chez les animaux et l'homme sain.* — Conclusions : 1° L'ingestion et l'injection sous-cutanée de glande pituitaire ne produisent que des effets physiologiques très peu marqués : légère élévation de la température, un peu d'affaiblissement, quelques troubles gastro-intestinaux, avec amaigrissement. 2° L'injection intra-veineuse produit des phénomènes toxiques sérieux qui, à part un myosis plus accentué, ressemblent aux effets produits par le sérum sanguin.

II. — *Expériences sur l'épileptique.* — Conclusions : 1° L'ingestion et l'injection de glande pituitaire ne diminuent pas le nombre des attaques d'épilepsie ; si la glande pituitaire agit sur ces dernières, c'est plutôt pour les augmenter. 2° L'ingestion de glande pituitaire produit d'une façon assez constante des accès délirants, qui surviennent trois ou quatre jours après l'administration de la glande et se distinguent parfois, par des caractères spéciaux, des accès d'agitation propres aux épileptiques.

L. HALLION.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

237) **Étude sur l'Hydrocéphalie**, par P. HAUSHALTER et CH. THIRY (de Nancy). *Revue de médecine*, août 1897, n° 8, p. 624 (24 p., 8 fig., 8 obs.).

Les causes capables d'engendrer l'hydrocéphalie ventriculaire demeurent en général assez obscures. Si l'on fait abstraction de l'hydrocéphalie par malformation cérébrale, forme assez rare, il semble que l'hydrocéphalie acquise, soit pendant la vie intra-utérine, soit quelque temps après la naissance, ressortisse à des facteurs multiples, parmi lesquels on n'a peut-être pas accordé une place assez large à l'infection : infection de la mère réagissant sur le fœtus, infection du nourrisson se localisant sur l'encéphale.

H. et T. ont observé sept cas d'hydrocéphalie ventriculaire et un cas d'hydrocéphalie externe chez des enfants (6 autopsies) ; quatre fois il s'agissait d'enfants très jeunes, chez lesquels les lésions développées dans des conditions définies, étaient de date récente. Les deux cas non terminés par la mort s'étaient développés dans des circonstances déterminées.

Quatre fois donc on a pu surprendre, à l'autopsie de très jeunes enfants, une hydrocéphalie dont le début, remontant à quelques semaines, permettait de saisir la filiation de la lésion cérébrale avec des infections au cours desquelles elle s'était développée ; cette infection fut deux fois la syphilis, une fois la pneumonie, et une fois la tuberculose ; trois fois il s'agissait d'hydrocéphalie ventriculaire, une fois d'hydrocéphalie externe. Dans deux des cas seulement, le volume du crâne était un peu augmenté.

FEINDEL.

238) **Contribution à l'étude des Tumeurs du Corps Calleux**, par F. DEVIC et J. PAVIOT (de Lyon). *Revue de médecine*, décembre 1897, n° 12, p. 967 (28 p., 2 fig., 1 obs.).

À l'aide des documents fournis par l'étude des 18 observations existantes de tumeur du corps calleux, il est possible, du moins dans certains cas favorables, de porter le diagnostic de probabilité.

Anatomie pathologique. — Dans un seul cas (Leichtenstern) la tumeur était un lipome ; dans les autres, elle offrait la constitution histologique des gliômes cérébraux ; la tumeur reste rarement localisée au corps calleux (Berkley) ; les parties voisines sont généralement intéressées, soit que par son volume elle produise de la compression (Giese, Olivier), soit que la tumeur née du corps calleux envahisse par propagation les parties voisines des hémisphères. Dans le cas de D. et P. le diagnostic clinique était épilepsie. La mort survint avec des phénomènes convulsifs prédominants à gauche et de l'hyperthermie.

À l'autopsie, on trouva un gliôme du corps calleux qui avait envahi les circonvolutions adjacentes de la face interne de l'hémisphère droit, jusqu'à son bord supérieur et qui avait filé dans la moitié supérieure du centre ovale de tout le lobe frontal du même côté ; à gauche, la tumeur s'étendait seulement à l'écorce de la circonvolution du corps calleux.

Symptômes, diagnostic. — La variabilité de la symptomatologie des tumeurs du corps calleux découle naturellement de leurs variétés de leur siège sur le corps calleux et de l'envahissement des parties voisines des hémisphères. Et d'abord il y a des cas impossibles à diagnostiquer, soit à cause du petit volume de la tumeur qui ne donne lieu à aucun symptôme pendant la vie (Leichtenstern, Berkley), soit parce que les symptômes cérébraux ne pouvaient faire songer à une localisation calleuse, tel le cas d'Olivier, où la tumeur, née sur le genou, avait comprimé les nerfs optiques et été la cause des hallucinations visuelles, de la perte de la vision des couleurs de l'œil droit, de l'amaurose à gauche, etc. Tel le cas de D. et P. ; les crises comitiales remontaient à 4 ans et rien ne faisait défaut au tableau de l'épilepsie dite essentielle. Cependant, l'âge de l'apparition de l'épilepsie (40 ans) était suspect ; pendant la dernière année de la vie du malade on avait constaté la diminution de son intelligence ; il était devenu presque idiot. Enfin ce n'est que dans les trois derniers jours que les crises subintrantes prirent l'aspect jacksonien, les spasmes débutant et prédominant à gauche.

Par contre, il est des cas où le diagnostic fut établi. Bristowe, à qui il avait été donné d'observer cliniquement trois cas, porta le diagnostic sur le vivant dans un quatrième cas. Il s'était appuyé sur les cinq signes : 1° Gradation constante des signes de localisation communs à toute tumeur cérébrale. 2° Absence ou atténuation des symptômes généraux communs des tumeurs, comme : céphalée, vomissements, accès apoplectiformes et épileptiformes, névrite optique. 3° Troubles profonds de l'intelligence, stupidité, sans aucun trouble de la parole de nature aphasique. 4° Signes d'hémiplégie unis à une hémiplégie très peu

développée de l'autre côté du corps. 5° Absence de tous symptômes du côté des nerfs crâniens. — Bruns, Ransom, apportent des restrictions à la formule de Bristowe, néanmoins l'investigation clinique n'est pas impossible, puisque un second cas, celui de Giese, fut diagnostiqué sur le vivant par Hitzig. Le diagnostic pouvait être soupçonné dans le cas de Francis et Starr, dans celui de Labbé.

Giese, qui ne connaît que 13 observations, établit de la façon suivante la valeur des symptômes : 1° Accroissement progressif des signes pathologiques constaté dans les 13 cas. 2° Absence des symptômes généraux. La céphalée manque 6 fois sur 13; les vomissements existent 3 fois sur 13; les accès épileptiformes ont apparu 5 fois sur 13; la névrite optique existe 5 fois sur 13; les troubles profonds de l'intelligence sont signalés 11 fois sur 13; l'hémi-parésie, la paraparésie 10 fois sur 13; l'intégrité des nerfs crâniens existe 12 fois sur 13.

Quelles que soient les restrictions qu'on puisse faire aux signes indiqués par Bristowe, il n'en persiste pas moins deux symptômes cardinaux qui peuvent faire penser à la tumeur du corps calleux : 1° l'apparition précoce des troubles mentaux et de l'intelligence; 2° les phénomènes de parésies ou de contracture ou de convulsions prédominant d'un côté, mais intéressant aussi l'autre à un degré moindre.

La sensibilité est constamment moins touchée que la motricité (hémianesthésie 1 fois, hémianalgie 1 fois sur 7, Ransom), les réflexes ne sont que rarement atteints.

Physiologie pathologique. — Rien n'autorise à admettre que les symptômes moteurs de ces tumeurs puissent relever de l'altération seule du corps calleux. Pour les troubles mentaux et intellectuels D. et P. ne tendraient pas davantage à les rapporter à la lésion du corps calleux lui-même.

Alexandre Bruce a réuni 15 faits d'absence du corps calleux sans symptôme cérébral, et dans ces cas il ne peut s'agir d'hétérotopie (Dejerine). Il ne paraît pas permis d'attribuer aux lésions même de la grande commissure interhémisphérique les troubles psychiques observés dans ces tumeurs. Il semble plus rationnel d'invoquer, pour les cas de non-propagation, la compression ou l'irritation du faisceau d'association fronto-occipital, et, pour ceux d'envahissement de l'hémisphère par le néoplasme, la prise de ce faisceau ou des circonvolutions frontales.

Durée, terminaison. — La mort est survenue le plus souvent dans un coma graduel; d'autres fois la terminaison s'est faite par complication pulmonaire, ou par hémorrhagie au voisinage de la tumeur (Bruns); dans le cas de D. et P. on a trouvé une hémorrhagie localisée au centre du lobule paracentral droit.

La durée de la maladie est très variable; elle fut au minimum de cinq semaines et au maximum de 3 ans, suivant Ransom. Le cas de D. et P. a duré 8 ans, si tous les symptômes doivent être rapportés à la tumeur du corps calleux.

FEINDEL.

239) Recherches bactériologiques sur le Liquide Céphalo-rachidien des Déments paralytiques (Ricerche batteriologica sul liquido cefalo-rachidiano dei dementi paralitici), par G. MONTESANO et MONTESSORI. *Rivista quindicinale di psicologia, psichiatria, neuropatologia*, vol. I, fasc. 15, 1897.

Ces recherches et les considérations qui en découlent attirent l'attention sur l'hypothèse d'un rapport étiologique entre la présence de bacilles dans l'organisme et le développement de la paralysie générale, ou au moins avec les attaques épileptiformes. Montesano et Montessori ont trouvé dans le liquide céphalo-rachidien de plusieurs paralytiques un microbe (bacille visqueux), différant

des formes bacillaires jusqu'ici décrites. Dans un cas de paralysie générale à marche rapide ils ont rencontré un microbe analogue à celui du tétanos.

CAINER.

240) **Un cas de Tumeur graisseuse des Méninges** (Ein Fall von meningealer Pergescherult), par H. NEKORN. *Beiträge zur pathologischen anatomie und zur allgemeinen Pathologie*, 21^e volume, 1^{er} fascicule, 1897 (30 pages, 1 planche).

Il s'agit d'un malade âgé de 44 ans, atteint de troubles mentaux, chez lequel on porta le diagnostic de paralysie générale : il mourut dans le coma avec des lésions pulmonaires et présenta un jour avant sa mort du ptosis de la paupière gauche. A l'autopsie, on trouva une tumeur perlée (cholestéatome) dans laquelle on pouvait distinguer deux masses différentes : l'une siége à la base du cerveau et s'applique contre le lobe supérieur et postérieur du cervelet, contre la protubérance ; l'autre plus circonscrite à la grosseur d'une petite pomme et est incluse dans la substance des circonvolutions temporales et occipitales, complètement enveloppée par celle-ci, sauf une petite partie qui a les dimensions d'un pfennig. L'examen histologique pratiqué à l'aide de différentes colorations a montré qu'il s'agissait bien d'une tumeur graisseuse, mais qu'elle contenait de grosses cellules endothéliales.

Une revue critique très complète dans laquelle l'auteur cite les cas antérieurs accompagne cette observation et permet de passer en revue tout ce qui a été publié sur cette question des tumeurs perlées.

PAUL SAINTON.

241) **De la Méningite séreuse due au pneumocoque**, par CH. LÉVY. *Arch. de méd. expérimentale*, janvier 1897, p. 49.

Il existe des méningites pneumococciques caractérisées par un simple exsudat séreux entre les méninges et une forte congestion vasculaire. Ces lésions, d'origine infectieuse, peuvent être dues quelquefois à des toxines microbiennes (pseudo-méningites), mais souvent elles sont fonction de la présence des microbes eux-mêmes, et à ce point de vue le pneumocoque peut agir comme le bacille typhique, le microbe de la grippe, le streptocoque, et probablement aussi le *bacterium coli*.

Ces méningites sont susceptibles de régression ; elles traduisent une infection atténuée ; certains faits d'accidents méningés curables (méningisme pneumonique) se rattachent probablement à des lésions de cette nature. Ces lésions peuvent laisser des reliquats et être cause quelquefois d'hydrocéphalies persistantes ou de scléroses cérébrales.

FEINDEL.

242) **Luxation traumatique unilatérale de la 7^e Vertèbre cervicale sur la 1^{re} dorsale**, par A. FRAIKIN. *Archives clin. de Bordeaux*, n^o 11, p. 533, novembre 1897.

OBSERVATIONS. — R. D..., 38 ans, jamais malade, bien constitué, reçut entre les épaules un sac de blé de 100 kilogrammes tombé d'une hauteur de 7 à 8 mètres. Impossibilité absolue de mouvoir les jambes après l'accident. Examiné par M. Boursier, le malade répond très nettement aux questions. La région traumatisée est tuméfiée et gonflée ; néanmoins on perçoit une dépression à la place de la vertèbre proéminente. La ligne des apophyses épineuses n'est pas déviée, on ne perçoit pas de crépitation. Le diagnostic posé est : *Luxation de la colonne cervicale probablement bilatérale et sans fracture*.

Pas de flexion de la tête. Mouvements du cou douloureux. Paraplégie sensi-

tivo-motrice absolue. L'anesthésie remonte sur le tronc jusqu'à la région moyenne du thorax. Réflexes abolis aux membres inférieurs. Rétention d'urine; verge en érection.

La respiration est normale. Pouls 78.

Le lendemain l'état reste sensiblement stationnaire. La réduction de la luxation est tentée sans succès sans chloroforme à l'aide de tubes élastiques. Six jours plus tard les tentatives renouvelées après anesthésie généralisée amènent une réduction à peu près complète. Malgré cela les troubles fonctionnels persistent. Une cystite se déclare avec incontinence d'urine; eschare sacrée, douleurs dans les membres inférieurs, fièvre, puis dyspnée et tachycardie. Mort douze jours après l'accident.

Autopsie. — La dissection de la région traumatisée montre un écartement entre la 7^e cervicale et la 1^{re} dorsale, sans luxation véritable, ni fracture. La moelle examinée dans cette région est molle, diffluente, un peu écrasée. L'étude minutieuse des lésions ligamenteuses permet de constater qu'il y a eu luxation unilatérale.

Ce cas présente un type classique de compression brusque de la moelle. Il est intéressant de constater l'absence absolue de fracture et de rapprocher l'unilatéralité de la luxation de la bilatéralité des troubles fonctionnels. Les luxations de la 7^e cervicale sur la 1^{re} dorsale sont très rares.

Deux cas de Richet (Th. de concours, Paris, 1851). Un cas de Rames (*Gaz. des hôpitaux*, 1882).

A. HALIPRÉ.

243) Application des Rayons X au diagnostic du siège des corps étrangers de la tête et des Tumeurs intra-crâniennes (Applicazione dei raggi X alla diagnosi di sede dei corpi estranei della testa e dei tumori intracranici), par GIULIO OBICI et POMPEO BOLLI. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. II, fasc. 10, octobre 1897.

Il est à penser que la radiographie, avec les résultats positifs qu'elle fournit, pourra venir dans un avenir prochain au secours des données cliniques, trop souvent incertaines, qui font diagnostiquer les tumeurs et les abcès cérébraux. Dans un cas, des radiographies très nettes d'une tumeur cérébrales ont été obtenues par les auteurs.

MASSALONGO.

244) Radiographie des os dans la Paralysie Infantile, par ACHARD et LÉOPOLD LÉVI. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, t. X, n° 5, 1897 (2 phot., 4 radiogr.).

Deux observations de paralysie infantile remontant à 50 années environ, ayant débuté par de la fièvre et du délire dans un cas, des convulsions dans l'autre. La paralysie affecte la forme paraplégique chez le premier malade. Elle a atteint le membre supérieur droit chez le second. Dans le premier cas, participation du squelette du bassin au processus osseux et scoliose vertébrale. Dans le second, le côté droit du thorax et l'omoplate sont atrophiés. A noter la reprise et l'extension passagère des phénomènes paralytiques et atrophiques chez le premier malade, et l'existence, chez le second, de mouvements athétoides qui pourraient éveiller l'idée d'une hémiplegie spasmodique infantile. En réalité, il ne s'agit pas d'athétose, mais seulement de contractions fibrillaires se produisant au niveau de divers groupes musculaires et entraînant des mouvements particuliers des doigts. Le réflexe tendineux du poignet est d'ailleurs aboli.

L'emploi des rayons de Röntgen a permis de faire les constatations suivantes :

Dans le 1^{er} cas on a radiographié le squelette du membre inférieur (fémur, rotule, tibia, péroné) du malade, et par opposition, les os correspondants d'un malade du même âge ne présentant pas d'altérations osseuses. Les deux clichés ont été obtenus dans les mêmes conditions de pose (5 minutes) et de distance de l'ampoule bianodique (35 centim.). On remarque une différence de volume très appréciable portant sur tous les os. En outre, les os (et la comparaison des tibias est surtout instructive à ce point de vue), sont unis, arrondis, à peu près dépourvus de dépressions et de saillies. Enfin l'épaisseur du tissu compact est moins grande, l'os est devenu transparent.

Dans le 2^e cas, représentant les deux membres supérieurs, l'un sain et l'autre malade, du deuxième sujet, les radiographies ont été obtenues par une pose de 2 minutes à une distance de 30 centim. de l'ampoule. Elles confirment les remarques précédentes : diminution extrême de volume, absence de modelé de l'os, transparence par diminution du tissu compact.

« L'étude des radiographies fait donc ressortir l'absence de développement des os dans le sens de la largeur et de l'épaisseur, au cours de la paralysie infantile. En ce qui concerne la longueur des os, l'atrophie est, en général, moins marquée ; car, si les mensurations montrent habituellement une différence entre les membres sains et pathologiques, il faut tenir compte aussi des déformations et des rétractions tendineuses. De toutes façons il existe dans la paralysie infantile un processus portant sur la configuration et sur la texture de l'os, processus véritablement diaphysaire, et qui ne s'exerce donc pas essentiellement sur les surfaces épiphysaires d'accroissement. »

HENRY MEIGE.

NEUROPATHOLOGIE

245) **L'évolution du langage considéré au point de vue de l'étude de l'Aphasie**, par P. MARIE. *Presse médicale*, n° 109, p. 397, 29 décembre 1897 (fig.).

Le langage parlé, tout en étant *conventionnel*, procède cependant du langage naturel, c'est-à-dire d'une faculté innée chez l'homme et chez beaucoup d'animaux ; il s'est formé par la collaboration de *tous* les individus de centaines de générations ; aussi y a-t-il pour la parole, par l'éducation particulière des centres *innés*, des mouvements divers nécessaires à l'accomplissement de cet acte, il y a un *centre cortical spécial*.

Le langage écrit est bien plus *conventionnel* que le langage parlé ; un coup d'œil sur les hiéroglyphes d'Égypte et les caractères chinois montre ces transformations de l'écriture idéographique en écriture phonétique, syllabique puis alphabétique ; la lettre perd peu à peu tout rapport avec l'idéogramme primitif, l'écriture devient de plus en plus conventionnelle. *Peu* d'individus, dans les générations anciennes, ont possédé l'écriture ; il n'a pu se former, pour le langage écrit, de centre spécial. Il existe, entre le langage parlé et le langage écrit cette énorme différence que le premier, chez l'individu, procède d'un centre *préformé*, tandis que pour le second, il ne saurait y avoir que des centres *adaptés*. En d'autres termes, certains centres communs présidant déjà à d'autres actes du fonctionnement cérébral naturel et spontané (vision, mouvements des membres, etc.), sont, par suite de l'éducation, dressés à s'acquitter aussi par surcroît de tout ce qui concerne leurs fonctions dans la série des opérations du langage écrit.

Chaque lettre étant un son ou un fragment de son, l'individu qui écrit doit : 1° Évoquer les sons qui forment les mots indiquant sa pensée et transformer ces sons en signes graphiques ; 2° Tracer ces signes. — Le premier acte dépend du centre du langage parlé, le second des centres psycho-moteurs. On comprend que l'agraphie puisse procéder de mécanismes différents, accompagner l'*aphasie motrice* par suite des troubles de l'élément phonétique du langage intérieur, ou être concomitante de l'*aphasie sensorielle*. Et, dans cette dernière, le degré de l'éducation du centre psycho-moteur est à considérer ; tel individu écrit en copiant la représentation visuelle du son ; chez tel autre pour qui l'écriture est un acte plus automatique, le son du langage intérieur se transforme sans intermédiaire en mouvements de la main. Suivant les individus, il y aura des cas de *cécité verbale* avec ou sans *agraphie*.

FEINDEL.

246) **Le centre de l'Agraphie et la Surdi-mutité**, par E. BRISSAUD. *Presse médicale*, n° 6, p. 25, 15 janvier 1898.

On dit couramment que les sourds-muets *parlent* par signes ; rien n'est plus inexact ; ils *écrivent* par signes. Cette écriture dans l'espace qui remplace la parole indique que le langage écrit et le langage parlé sont par nature identiques, et ne se distinguent que par leurs manifestations motrices, par leurs localisations corticales.

Tous les actes de la vie de relation s'apprennent. Apprendre, c'est imiter ; et l'enfant qui apprend à parler en imitant la parole, se constitue à lui-même et par ses propres efforts ce centre du langage par adaptation des centres *préformés* chez l'individu, de même qu'il se constitue par adaptation un centre de l'écriture. Chaque signe alphabétique manuscrit, envisagé en soi, n'est que le *graphique d'un geste*. Mais si le geste n'est pas enregistré, comme dans le langage des sourds-muets, il ne s'en agit pas moins d'un *langage écrit*. L'*écriture dans l'espace* n'est pas la traduction graphique du langage parlé, au moins aux yeux des élèves qui apprennent, et qui ne se doutent même pas de ce qu'est le son. Le centre inné de la fonction qui doit le plus directement concourir à l'écriture dans l'espace, n'est autre que celui des mouvements de la main et des doigts. C'est celui de la deuxième frontale.

Quand on a assisté à l'« adaptation fonctionnelle » du centre cortical qui préside à l'*écriture dans l'espace* employée par les sourds-muets, on arrive bien vite à la conviction que le centre « adapté » du parler digital jouit d'une autonomie absolue tout comme le centre du langage articulé.

Centre de la parole et centre de l'écriture ne sont pas plus *préformés* l'un que l'autre. Car si ladite *préformation* du centre de la parole n'exempte pas l'individu de l'apprentissage de la parole, du moins devrait-elle impliquer une *aptitude* constante au langage parlé chez tout enfant bien conformé. Or un enfant, ayant parlé jusqu'à l'âge de sept ans, devient sourd à la suite d'une double otite infectieuse. Du jour où la surdité fut définitive, cet enfant devint *muét* : il oublia *totalemment* le langage articulé. L'enfant apprit à merveille la dactylogie, puis quelques années plus tard, réapprit le langage phonétique. Voilà trois fois de suite, chez le même sujet, un pouvoir d'adaptation fonctionnelle qui ne fait pas honneur à son centre *préformé*, à celui que les générations de ses aïeux lui avaient si longuement préparé.

Bref, la faculté d'*apprendre à parler* et la faculté d'*apprendre à écrire*, paraissent, dans des territoires différents de l'écorce, soumises l'une et l'autre à la même loi d'adaptation fonctionnelle.

FEINDEL.

- 247) **Myxœdème et Crétinisme sporadique** (Myxœdem und sporadischer Cretinismus), par MAGNUS-LÉVY (de Berlin). *Verhandlungen des XV Congresses für Innere Medicin*, p. 509-513. (Tirage à part.)

L'auteur présente une série de cinq malades atteints de troubles de la fonction thyroïdienne; deux sont des types de crétinisme sporadique, un autre est un individu atteint de nanisme avec aspect crétinoïde qui est devenu, à l'âge adulte, un myxœdémateux; le suivant est une fille atteinte de myxœdème pur sans trace de dégénération crétinoïde; le dernier est affecté de cachexie strumiprive. A ce propos M.-L. se livre à quelques considérations cliniques; il insiste sur l'absence de tare chez les ascendants et les collatéraux, sur l'impossibilité de sentir chez les malades aucun vestige de la glande thyroïde. Deux des sujets ont été soumis à la cure de la thyroïdine: la jeune fille atteinte de crétinisme sporadique (14 ans) a été améliorée au point de vue de la vivacité et de l'embonpoint par un traitement de six semaines; chez le malade atteint de nanisme et de myxœdème, âgé de 47 ans, les phénomènes psychiques et somatiques se sont amendés pendant trois courtes périodes de traitement; mais sept mois après la suspension de la thérapeutique, il y a une récurrence en ce qui concerne l'état physique, tandis que l'amélioration intellectuelle est restée intacte.

PAUL SAINTON.

- 248) **De l'Infantilisme myxœdémateux**, par E. BRISSAUD. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, t. X, n° 5 (23 pages, 15 fotogr.).

Le terme d'*Infantilisme* a été employé depuis quelques années dans la littérature médicale pour désigner des états corporels assez disparates. Nombre d'infantiles doivent rentrer dans la catégorie des myxœdémateux, l'idiotie myxœdémateuse (Bourneville) représentant en quelque sorte l'*Infantilisme idéal*.

Mais il existe une autre variété d'*Infantilisme* dont le type a été entrevu par Lasèque, esquissé par Lorain, puis par Brouardel, Faneau de la Cour, Gérard. Jusqu'à présent cette variété n'a cependant été définie que d'une façon assez vague: elle est caractérisée par la persistance de certains caractères physiques et psychiques de l'enfance; elle est souvent la résultante de malformations congénitales ou de maladies acquises: sténose artérielle, rétrécissement mitral, végétations adénoïdes du pharynx (Gérard); elle peut être elle-même l'origine de différentes dystrophies.

Cette variété d'*Infantilisme* peut être désignée sous le nom d'*Infantilisme du type Lorain*.

Avec l'*Infantilisme* qui constitue un état dystrophique bien déterminé, pouvant s'observer dans l'un et l'autre sexe, on a décrit et souvent confondu le *Féminisme*, dans lequel un corps de jeune mâle se trouve doté en apparence des attributs sexuels secondaires féminins. Ce n'est là qu'une apparence, et non une réalité, tenant à l'indécision sexuelle des formes corporelles chez l'infantile comme chez l'enfant. Il en est de même de ce qu'on a désigné sous le nom de *masculisme* (Féré).

On observe encore une neutralité des formes corporelles chez les individus ayant subi une atrophie ou une ablation des organes sexuels. Cet état diffère essentiellement de l'*Infantilisme*. L'atrophie testiculaire congénitale ou acquise observée chez un certain nombre d'infantiles « n'est pas la cause de l'*infantilisme*, mais une conséquence des circonstances qui ont créé l'*infantilisme* ».

Laissant de côté ces formes discutables, Brissaud se borne à décrire deux variétés d'*Infantilisme*: l'*Infantilisme myxœdémateux*, et l'*Infantilisme du type Lorain*.

1° *Infantilisme myxœdémateux*. — C'est un myxœdème fruste, une des nombreuses variantes du myxœdème, dont chacune est subordonnée à l'importance de la lésion thyroïdienne et à l'âge auquel débute la maladie. On trouve en effet tous les états intermédiaires entre l'idiotie myxœdémateuse et l'infantilisme myxœdémateux.

Bien plus, il existe toute une série de degrés dans l'infantilisme myxœdémateux, Exemples cliniques (4 cas de Brissaud, cas de H. Meige, Thibierge, Marfan, et L. Guinon). Toutes les observations se rapportent à des individus présentant



Infantilisme myxœdémateux ; garçon de 18 ans (cas de BRISSAUD).



Infantilisme du type Lorrain, jeune fille de 30 ans (cas de H. MEIGE).

à la fois, mais à des degrés divers, les caractères de l'infantilisme et ceux du myxœdème. Ce sont des *Infantiles myxœdémateux*.

Un des principaux caractères de cet infantilisme est un arrêt de la croissance, portant sur tous les os du squelette ; et, fait plus significatif, on constate la persistance chez l'adulte du rapport des dimensions infantiles de la tête avec celles du corps, c'est-à-dire que la tête conserve des dimensions relativement exagérées. Les expériences de Gley, de Hofmeister, les radiographies de Hertoghe confirment l'existence d'un arrêt de la croissance du squelette sous l'influence de l'atrophie thyroïdienne.

L'infantilisme myxœdémateux ne relève que d'une cause : l'atrophie du corps thyroïde.

Il est justiciable du même traitement que le myxœdème : le traitement thyroïdien. (Expériences de Hertoghe.)

Il y a lieu cependant de distinguer les cas où la lésion glandulaire porte sur les glandes thyroïdes proprement dites, et ceux où elle porte sur les parathyroïdes. En effet, la clinique et la physiologie apprennent que la suppression de la fonction thyroïdienne entrave les dystrophies du tégument et du squelette, tandis que l'abolition de la fonction parathyroïdienne détermine les troubles nerveux et intellectuels du myxœdème. On peut donc observer des cas de myxœdème partiels. Et, de fait, il existe des myxœdémateux ayant extérieurement tous les caractères du myxœdème, mais conservant toutes leurs facultés intellectuelles. De même pour les infantiles myxœdémateux.

L'infantilisme, comme le myxœdème, serait, dans certains cas, une manière d'être se rapprochant plus d'une monstruosité que d'une maladie, un fait acquis, n'impliquant nullement une dystrophie évolutive.

2° *Infantilisme de Lorain*.—Débilité, gracilité, petitesse du corps, juvénilité persistante, c'est une sorte de développement portant plutôt sur la masse de l'individu que sur un appareil spécial. Plus exactement, c'est un *arrêt prématuré de la croissance* de toutes les parties du corps.

Le corps thyroïde peut persister; la tête est proportionnée au corps. Les organes sexuels participent à ce trouble général de la nutrition.

Cet état de débilité générale peut reconnaître plusieurs causes : Syphilis (Fournier), cachexie paludéenne (cas des *aigrets* ou *acrats* de la Sologne).

La cause la plus fréquente est un trouble vasculaire congénital tel que l'aplasie artérielle, le rétrécissement mitral pour la persistance du trou de Botal, toutes les anangioplasies (*infantilisme anangioplasique*). L'alcoolisme, la tuberculose peuvent collaborer à la production de l'infantilisme.

D'autres anomalies corporelles s'y ajoutent parfois. Il existe même des combinaisons d'infantilisme myxœdémateux avec l'infantilisme anangioplasique.

En résumé, l'infantilisme myxœdémateux constitue un état d'enfance permanent, résultant de l'insuffisance thyroïdienne, caractérisé par un retard dans l'ossification des cartilages, et la persistance de la fonction ostéogénique.

L'infantilisme de Lorain, et l'infantilisme anangioplasique réunissent des cas plus disparates, résultant d'un vice originel de la nutrition ou d'un défaut de l'hématose, fixant la forme définitive du sujet « comme en un moule de petit calibre » caractérisé, à l'inverse du précédent, par un arrêt prématuré du processus d'ossification et une soudure osseuse précoce.

HENRY MEIGE.

249) Myxœdème thyroïdien et Myxœdème parathyroïdien,

par E. BRISSAUD. *Presse médicale*, n° 1, p. 1, 1^{er} janvier 1898 (3 obs.).

Si la pathogénie n'a pu jusqu'à ce jour contribuer à établir la dualité de la fonction thyroïdienne, cela tient à ce que la glande de l'homme paraît, jusqu'à plus ample informé, réunir et confondre en un seul parenchyme les épithéliums de forme et d'attributions distinctes qui, chez la plupart des mammifères, forment deux sortes de glandes : les *thyroïdes* et les *parathyroïdes*. La dualité de la fonction n'en existerait pas moins chez l'homme, si la glande a deux sécrétions entretenues et garanties chacune par l'intégrité de son épithélium. De la dualité physiologique découle la dualité pathologique.

Dans le myxœdème commun, celui qui résulte de l'atrophie totale du corps

thyroïde, les deux groupes de troubles, physiques et mentaux, ne sont à aucun moment dissociés.

Mais il y a une variété de myxœdème qui se distingue du myxœdème commun par l'intégrité absolue des aptitudes psychiques. La raison d'être de cette différence entre les deux sortes de myxœdème ne peut être que soupçonnée, mais l'esprit est de suite attiré vers la distinction des deux parties thyroïdienne et parathyroïdienne de la glande thyroïde. Ce myxœdème sans troubles intellectuels, si particulier, s'observe non seulement chez l'adulte, mais encore chez l'adolescent et chez l'enfant; et là, il ne s'accompagne d'aucun de ces retards, d'aucune de ces anomalies dans l'évolution des organes sexuels que comporte toujours l'idiotie myxœdémateuse.

B. donne trois observations de ces myxœdémateux chez qui sont absents les symptômes rationnels, tandis que les phénomènes somatiques sont au grand complet. Dans le troisième cas, il s'agit d'un myxœdème familial; le père, le fils et la fille sont d'une intelligence supérieure à la moyenne; ces athyroidiens auraient-ils conservé leurs éléments parathyroïdiens?

L'expérimentation montre que thyroïdes et parathyroïdes sont différentes, mais bien voisines. Lorsqu'on enlève à un chien la totalité de l'appareil thyroïde moins une seule glande parathyroïde, celle-ci s'hypertrophie; elle ne forme pas du tissu thyroïdien vrai, mais un tissu qui s'en rapproche beaucoup, avec de petites vésicules et quelques collections de matière colloïde. Sans doute thyroïde et parathyroïde se sont spécialisées pour remplir des rôles différents; mais elles ont même origine, et celle qui est la plus simple, qui est demeurée le plus rapprochée de son origine, est encore capable de s'adapter à des suppléances.

La glande thyroïde de l'homme, s'il en est ainsi, représenterait une parathyroïde perfectionnée à épithélium fragile, mais conservant encore de l'ancien épithélium parathyroïdien plus fruste et plus durable. La lésion systématique qui détruirait l'épithélium thyroïdien sans entraîner la dégénérescence de l'épithélium parathyroïdien donnerait le myxœdème sans troubles intellectuels. Le myxœdème *thyroïdien* proprement dit est celui qui ne se complique pas d'aphasie intellectuelle, et le myxœdème *parathyroïdien* est celui qui, provenant d'une altération totale de l'appareil glandulaire, se traduit, outre l'infiltration caractéristique, par l'arrêt de développement de l'idiotie crétinoïde ou par l'abrutissement de la cachexie strumiprive.

FEINDEL.

250) **Nouvelles recherches sur les arrêts de croissance et l'Infantilisme**, par E. HERTOGHE (d'Anvers). *Bullet. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, 30 octobre 1897 (4 phot.).

Dans le présent mémoire l'auteur s'efforce de démontrer que le corps thyroïde joue un rôle prépondérant non seulement dans le développement physique et intellectuel de l'homme tout entier, mais qu'il exerce une action très nette et spécifique sur la formation morphologique des organes génitaux des deux sexes; « la distinction entre l'infantilisme myxœdémateux et l'infantilisme non myxœdémateux est condamnée à disparaître devant l'unité étiologique dysthyroïdienne qui les embrasse tous deux ».

A l'appui de sa manière de voir, l'auteur rappelle divers exemples déjà publiés dans des communications antérieures et y ajoute de nouveaux cas dont l'un (planche, 4 phot.) est remarquable.

Il discute longuement les diverses distinctions qu'on veut établir entre les

divers types d'infantilisme; les lignes suivantes, conclusions du travail, résument parfaitement celui-ci:

En *physiologie*, l'hypertrophie normale de la glande thyroïde, à l'époque de la puberté, est antérieure au développement des organes sexuels; la sécrétion thyroïdienne s'exagère par le fait de cette hypertrophie et le surplus de thyroïdine se consacre à la croissance de l'appareil génital, laquelle n'est qu'un corollaire, une modalité de la croissance générale.

En *pathologie*, l'infantilisme est un et la cause initiale est de nature dysthyroïdienne.

Le myxœdème complet est le degré extrême de la dégénérescence thyroïdienne.

La dysthyroïdie présente comme symptôme principal l'arrêt de la croissance et accessoirement l'absence de puberté.

La dysthyroïdie, d'après son degré, produit chez les enfants l'infantilisme à des degrés variables.

Les stades intermédiaires sont l'obésité simple, le rachitisme, la dystrophie chondro-fœtale, l'infantilisme (type Lorain), l'infantilisme anangioplasique.

L'unité étiologique *dysthyroïdienne* de l'infantilisme est prouvée:

1° Par la coexistence dans la même famille des différents types de l'infantilisme (obésité, chondrodystrophie, rachitisme, myxœdème);

2° Par les antécédents dysthyroïdiens des parents (maladie de Basedow, asthme thyroïdien, ménorrhagies);

3° Par les effets thérapeutiques qu'exerce sur ces différentes formes d'infantilisme, l'ingestion de produits thyroïdiens.

PAUL MASOIN (de Gand).

251) **Sur l'Infantilisme**, par H. VIVIER. Thèse de Paris, 1898.

Après une série de considérations générales sur la croissance, la reproduction, la détermination et le développement des caractères sexuels, primaires et secondaires, V. conclut que tous ces phénomènes sont d'ordre nutritif; ils ont leur source dans la prépondérance prolongée de l'un ou l'autre des courants: assimilation, désassimilation.

Les vices de la nutrition, produit des tares héréditaires ou acquises, engendrent dans l'évolution des caractères sexuels, épisode du développement général, des troubles qui reculent plus ou moins, parfois indéfiniment, la floraison de la puberté.

L'état d'enfance permanente ainsi constitué prendra le nom d'*Infantilisme*.

Les altérations de la fonction thyroïdienne constituent une des principales causes du retard et même de la non-apparition de la puberté.

L'infantilisme peut encore être produit par l'alcoolisme des ascendants. L'influence de l'hérédo-syphilis est certaine. Il faut encore signaler dans l'étiologie: la tuberculose, les lésions congénitales du système vasculaire, le surmenage intellectuel et la sédentarité, le séjour dans les grandes villes, la mauvaise alimentation, le paludisme, etc. L'Infantilisme coexiste d'ailleurs souvent avec d'autres dystrophies corporelles.

Toutes les causes, isolées ou associées, aboutissent à la création des deux types principaux d'infantilisme: les *anangioplasiques* et les *dysthyroïdiens*.

V. rappelle à ce propos les idées de Lasèque, Lorain, Lancereaux, et les travaux récents de Brissaud, Henry Meige, Hertoghe.

D'autres lésions glandulaires portant sur le thymus, la pituitaire, les capsules surrénales peuvent aussi sans doute contribuer à produire l'infantilisme. Le testicule jouerait peut-être également un rôle trophique.

Au point de vue thérapeutique, l'infantilisme est justiciable d'un double traitement : 1^o Combattre la cause originelle par une médication appropriée. 2^o Instituer la médication thyroïdienne, d'autant plus efficace, qu'elle est plus précoce, contre-indiquée seulement, mais d'une façon formelle, chez les tuberculeux et les candidats à la phthisie.

HENRY MEIGE.

252) **Étiologie du Zona** (Etiology of zoster), par GILBERT HAY (de San Francisco). *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, janvier 1898, p. 1 (11 pages).

Parmi un grand nombre d'éruptions zostériformes, il faut distinguer le zona qui est une maladie distincte à marche réglée. Le zona vrai est d'origine infectieuse. Dans le zona vrai l'éruption est précédée, ainsi que H. en rapporte 10 cas, d'adénopathie au voisinage de l'éruption, ou d'adénopathie bilatérale ou même généralisée; dans un cas, H. a fait l'examen microscopique de l'adénopathie zostérienne et y a rencontré des cocci. Il est probable que l'agent infectieux du zoster a une affinité élective pour les ganglions sympathiques et les cornes et les racines médullaires plutôt que pour les nerfs périphériques.

GEORGES THIBIERGE.

253) **Sur le Zona à l'occasion d'un cas avec éruption généralisée** (Om zona i Anledning af et Tilfælde med generaliseret eruption), par A. HASLUND, *Nord. med. Arkiv.*, v. 30, 97, n^o 6.

Chez une manufacturière de 59 ans, non mariée, parut, avec un malaise général, une efflorescence de formation vésiculaire confluyente et très abondante sur une surface de peau rouge et enflée du côté gauche du tronc, correspondant à la partie inférieure du thorax par derrière et à la partie inférieure de l'abdomen par devant. Au bord de la région atteinte se trouvèrent des vésicules isolées; mais en même temps on trouva des vésicules éparses du même aspect répandues assez abondamment sur le tronc, les extrémités supérieures, le visage et moins abondamment sur les extrémités inférieures ainsi que sur le palais et la langue.

A l'occasion de ce cas unique, H. dit qu'il se rallie difficilement à la théorie de *Bärensprung* et qu'il suppose que le zona dépend d'une infection, sans doute bactérienne, avec localisation dans diverses parties du système nerveux; c'est avec cette supposition que s'accorde le mieux l'apparition et le cours de l'affection.

P. D. KOCH.

254) **Zona récidivant avec remarques sur son étiologie** (Recurrent herpes zoster, with remarks on its etiology), par G. PERNET. *British Journal of dermatology*, avril 1897, p. 151.

Observation d'une femme ayant eu successivement, en décembre 1891, un zoster intercostal droit, en décembre 1892, février 1896 et novembre 1896, un groupe de papules au-dessous de l'angle droit de la mâchoire précédé de douleurs névralgiques vers l'oreille et le côté droit du cou.

L'auteur, se basant sur la coexistence de troubles de la réfraction (astigmatisme de l'œil droit), pense que ceux-ci peuvent être une cause de zona.

GEORGES THIBIERGE.

255) **Cas de Zona récidivant et bilatéral** (A case of recurrent and bilateral herpes zoster), par T. BEWLEY. *British Journal of dermatology*, juillet 1897, p. 270.

Femme de 34 ans, ayant depuis son enfance une éruption de vésicules se reproduisant tantôt sur les fesses, plus souvent à gauche qu'à droite et précédée de douleurs dans les membres inférieurs. Sur les 2 fesses, un grand nombre de cicatrices résultant d'éruptions antérieures. [Malgré la présence de cicatrices, il est évident qu'il s'agit dans ce cas, comme dans la plupart des prétendus cas de zona récidivant, non de zona, mais d'herpès névralgique récidivant, lequel se localise souvent à la fesse. G. T.]

GEORGES THIBIERGE.

256) **Un cas de Zona récidivant et bilatéral** (A case of recurrent and bilateral herpes zoster), par W. BEATTY. *British Journal of dermatology*, juillet 1897, p. 268.

Homme de 35 ans, pris en juillet 1894, de douleurs dans la région génitale suivies de groupes de vésicules sur le scrotum et entre quelques orteils. En février 1895, éruption occupant les mêmes points et également précédée de douleurs. Récidives en mai 1895 et décembre 1896. En avril 1897, éruption précédée de douleurs vives dans les régions génito-crurale et anale : groupes de vésicules sur le côté gauche du pénis et du scrotum, dans le sillon interfessier, sur la partie interne des 2 cuisses, entre et sur les orteils, puis sur le côté droit du pénis.

GEORGES THIBIERGE.

257) **Zona et Syphilis**, par L. JULLIEN. (*Travaux originaux. Hommage à Schwimmer à l'occasion du 25^e anniversaire de son professorat.* Budapest, 1897, p. 95.)

J. rapporte 8 cas personnels, dans lesquels des éruptions de zona se sont développées chez des syphilitiques secondaires. Ces éruptions, constituées par des groupes herpétiques plus ou moins nombreux, dérivent de l'action des toxines syphilitiques sur le système nerveux central ou périphérique, peut-être ganglionnaire. Elles peuvent être rangées, avec assez de vraisemblance, dans la classe des manifestations parasyphilitiques.

GEORGES THIBIERGE.

258) **Des Syphilides zoniformes**, par GAUCHER et BARBE. *Presse méd.*, 12 août 1897 n° 66, p. 77 (6 obs., 4 fig.).

Les syphilides, au lieu de se disposer comme au hasard sur les différentes régions du corps, peuvent parfois simuler la disposition du zona. Ce n'est d'ailleurs qu'une apparence *zoniforme*, car la lésion élémentaire de ces syphilides n'est pas une vésicule, mais une papule squameuse ou un tubercule. Ce type particulier d'éruption syphilitique n'a pas été encore étudié, bien qu'il ne paraisse pas très rare, puisque Gaucher et Barbe ont pu, en trois ans, observer six cas de ces syphilides zoniformes, dont l'un adressé par Brissaud.

Dans un seul cas, l'éruption papuleuse ou tuberculeuse existait seule ; dans les cinq autres elle était accompagnée d'éléments semblables, disséminés sans ordre sur différentes parties du corps. Dans un cas, la syphilide apparut à la suite d'un point de côté assez violent qui dura environ un mois ; dans un autre, il y eut une violente névralgie intercostale, mais seulement quatre ans et demi après le début de l'éruption ; dans les autres cas, l'éruption fut indolore.

Au point de vue de la pathogénie, la similitude de la topographie de ces syphilides avec la topographie du zona semble prouver qu'elles sont produites par l'action de l'agent pathogène de la syphilis ou de sa toxine sur l'axe spinal, suivant la doctrine métamérique de Brissaud.

FEINDEL.

- 259) **Syphilides zoniformes**, par P. SPILLMANN et G. ETIENNE (2 obs. 1 fig.).
Presse méd., 15 déc. 1897, n° 104, p. 361.

Spillmann et Étienne ont observé une malade chez laquelle l'influence du système nerveux sur les éruptions spécifiques était mise en évidence par le développement des syphilides sur un *navus pigmentaire plan zoniforme*.

Dans la seconde observation, la lésion zoniforme syphilitique remplaça les vésicules d'un herpès zoster vrai.

FEINDEL.

- 260) **Sur une Asphyxie locale accompagnée de troubles fonctionnels du Cerveau** (Lokal asfyksie, etc.), par AXEL JOHANNESSEN. *Norsk Mag. f. Lægevidensk.*, 1897, 58^{me} année.

Garçon de 2 ans dont le père s'enivre assez souvent, jusque-là bien portant, commençait à l'âge de 15 à 16 mois à devenir inquiet et irritable; l'appétit était bon. Un mois plus tard, les deux pieds commençaient à s'enfler; ils devinrent rouges, plus tard bleuâtres; ils lui démangeaient très fort et furent couverts de nodosités; quelque temps après, exanthème au tronc de points rouges; au bout de quelques semaines encore, les mains s'enflèrent et eurent à peu près la même apparence que les pieds. Plus tard, écaillage très fort de la peau de la plante des pieds et de la paume, en grands lambeaux. En même temps l'enfant devint fatigué et apathique, il ne voulait ni marcher ni parler, gémissait et criait toujours. Pas de convulsions. Les réflexes des genoux légèrement augmentés, réaction électrique des muscles, normale.

Les mains et les pieds se maintenaient enflés, rouge bleuâtre, froids, avec la peau lisse et tendue pendant plus d'un an. Au bout de 6 mois déjà l'état psychique s'était amélioré; l'enfant devint calme, recommença à parler, à se lever, à marcher un peu, etc. Au bout de 14 mois, guérison complète. L'auteur regarde la maladie comme une forme spéciale et jusqu'ici non décrite des troubles vasomoteurs provenant de, ou en connexité avec des troubles cérébraux maladiés. M. le professeur C. Boeck a observé deux cas tout à fait analogues (communication orale).

[L'auteur ne parle pas de la possibilité d'une intoxication par l'ergotine, qui, d'après le tableau de la maladie, ne semble point exclue.] P. D. KOCH.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 30 juillet 1897.

- 261) **Un nouveau signe de Névralgie phrénique**, par A. JOUSSET.

L'auteur rapporte 18 observations de névralgies du phrénique chez des tuberculeux. De ces faits, il résulte que : 1° le bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy semble particulièrement constant; 2° le point scalénique est au contraire assez inconstant; 3° il existe un troisième point qui, par sa fréquence, sa sensibilité, sa limitation étroite et précise, ne le cède en rien, comme valeur pathognomonique, aux deux précédents; J. l'appelle point médio-sternal, appellation

que justifie sa situation voisine du centre de figure du sternum, au droit des V^e ou plus rarement des IV^e articulations chondro-sternales, sur le plan médian; la pression, à ce niveau, détermine une douleur vive, transfixive comparable à la pénétration d'une aiguille; 4^e ce point complémentaire coexiste avec le point épigastrique, et à fortiori quand ces deux points sont à la fois manifestes.

262) De quelques mouvements associés du membre inférieur paralysé dans l'Hémiplégie organique, par J. BABINSKI.

Présentation d'un malade atteint, depuis plusieurs années, d'une hémiplégie spasmodique gauche reconnaissant pour cause une hémorragie cérébrale: chez ce malade le membre inférieur est le siège de mouvements associés (dans la station assise, les jambes pendantes, si le sujet serre les mains avec force, il y a mouvement associé d'extension de la jambe; dans le décubitus dorsal, s'il fait effort pour se mettre sur son séant, il y a mouvement associé de flexion de la cuisse; dans le décubitus dorsal, les jambes pendantes, à l'occasion du même effort, il y a mouvement associé d'extension de la jambe et de flexion de la cuisse).

L'auteur discute le mécanisme de ces mouvements associés et ajoute que la présence de ces signes constitue une probabilité pour le diagnostic d'hémiplégie organique.

263) Spasme associé du peaucier du cou du côté sain dans l'Hémiplégie organique, par J. BABINSKI.

L'auteur présente un hémiplégique organique, chez qui l'on observe quand il ouvre la bouche, une contraction spasmodique du peaucier du cou du côté sain.

264) Syndrome de Morvan. Syringomyélie et Lèpre, par E. JEANSELME.

L'auteur met en parallèle quelques observations de lèpre à panaris multiples avec des cas de maladie de Morvan d'aspect typique. Il établit le contraste de ces faits, et de leurs caractères distinctifs tire les conclusions suivantes:

Dans la lèpre mutilante, les panaris affectent indifféremment les doigts et les orteils; l'anesthésie est d'abord rubanée et ne devient segmentaire que dans la suite; elle est distribuée aux quatre membres et respecte en partie la face et le tronc; la paralysie faciale est très fréquente et d'origine périphérique; les nerfs cubitaux sont fusiformes ou noueux; la scoliose fait constamment défaut; la trépidation épileptoïde est très rare, et, quand elle existe, elle est seulement à l'état d'ébauche.

Dans la syringomyélie, type Morvan, les panaris restent très souvent cantonnés aux extrémités supérieures, parfois même à une seule main; l'anesthésie prend la forme vestimentaire, la paralysie faciale est rare et d'origine centrale, les nerfs cubitaux sont normaux, ou du moins peu amplifiés et jamais noueux, la trépidation épileptoïde est commune et la scoliose est très fréquente.

Séance du 8 octobre 1897.

265) Paralysies transitoires d'origine cardiaque, par MM. CH. ACHARD et L. LÉVI.

Histoire de deux femmes atteintes de rétrécissement mitral, qui ont présenté une paralysie transitoire d'origine cardiaque. Chez la première, la paralysie faciale inférieure droite apparut en même temps qu'une recrudescence d'asystolie

et persista quatre jours ; puis quinze jours plus tard, apparition d'une nouvelle paralysie faciale gauche accompagnée d'une hémiplegie terminale. Dans le second cas, il y eut paralysie faciale totale, avec paralysie du moteur oculaire externe et paralysie des membres du côté opposé ; ces phénomènes durèrent environ quatre jours.

Ces paralysies fugaces incomplètes sont à rapprocher des paralysies variables ou transitoires de l'urémie et de la toxémie hépatique ; il est vraisemblable de faire intervenir dans leur pathogénie non seulement des troubles circulatoires, mais aussi des phénomènes toxiques.

A. BERNARD.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 juin 1897.

266) « Main succulente » dans un cas de **Myopathie atrophique progressive type Landouzy-Dejerine**, par CH. MIRALLIÉ (de Nantes).

Pour E. Marinesco, cette particularité appartient en propre à la syringomyélie. L'observation de Mirallié contribuerait à démontrer qu'il n'en est rien.

Séance du 3 juillet 1897.

267) **Deux cas de Rigidité Spasmodique Infantile avec autopsie**, par J. HAUSHALTER et CH. THIRY.

Dans ces deux cas, symptômes identiques ; rigidité généralisée, strabisme, arrêt de développement de l'intelligence. Altérations médullaires identiques aussi. Comme causes de ces dernières, on trouvait, dans un cas, des lésions fronto-pariétales de l'écorce, déterminées par des hémorrhagies méningées consécutives à un accouchement laborieux ; dans l'autre cas, une sclérose névroglique localisée, symétrique, de cause inconnue.

268) **De l'état des réflexes tendineux dans le Rhumatisme Chronique**, par PÉROCHAUD, MIRALLIÉ et ARIN.

Examen de 11 malades. L'exagération des réflexes radiaux et rotuliens est très fréquente dans les rhumatismes chroniques ; elle coïncide le plus souvent avec les arthropathies, les atrophies musculaires et les troubles trophiques cutanés. Elle peut prédominer d'un côté et c'est du côté le plus touché par le rhumatisme. Ces faits plaident en faveur de l'origine neurotrophique du rhumatisme chronique, opinion soutenue par Charcot.

Séance du 10 juillet 1897.

269) **Expériences sur les relations entre le développement du Crâne et des circonvolutions du Cerveau**, par B. DANILEWSKY (de Kharkoff).

On admet assez généralement que la croissance du crâne retarde sur la croissance du cerveau, et l'entrave. L'auteur, par des résections crâniennes opérées sur des animaux en voie de développement, a constaté ce fait paradoxal, à savoir que les circonvolutions sont plus faiblement développées, et même réduites de nombre, les sillons moins profonds et moins nombreux, la surface du

cerveau plus aplatie au niveau des perte de substance du crâne (dure-mère intacte) que dans les régions symétriques normales.

270) Un cas de Syringomyélie type scapulo-huméral avec intégrité de la sensibilité, suivi d'autopsie, par J. DEJERINE et A. THOMAS.

Cette observation montre qu'une syringomyélie peut arriver à un degré très avancé de développement, sans se manifester cliniquement par la dissociation de la sensibilité. L'intégrité de la sensibilité était expliquée par l'intégrité de la substance grise médiane. Il existait des névralgies de la face en rapport avec des prolongements que la cavité de la moelle envoyait dans les deux racines ascendantes du trijumeau.

L. HALLION.

BIBLIOGRAPHIE

272) De l'évolution comparée des troubles des Réflexes crémastérien, pharyngien et patellaire étudiés chez les mêmes malades aux trois périodes de la Paralyse générale, par E. MARANDON DE MONTYEL. Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique, septembre 1897.

Ce travail fait suite aux études sur le même sujet, publiées par cet auteur dans les *Archives de physiologie*, 1895 et 1897, ainsi que dans les *Annales médico-psychologiques*, 1897. Le titre du présent mémoire en indique suffisamment l'objet; ajoutons qu'en dehors de ces travaux ce sujet n'ayant pas encore été traité, l'auteur l'a développé considérablement et a mis dans cette longue étude un soin et une patience auxquels il faut rendre hommage. Des constatations faites l'auteur tire les conclusions suivantes, que nous nous bornons à transcrire :

I. — Quand on suit le crémastérien, le pharyngien et le patellaire chez le même paralytique général, à toutes les périodes de la maladie, on est certain de les trouver anormaux un peu plus tôt, un peu plus tard, même plutôt tôt que tard; leur anormalité dans la paralysie générale à un moment ou un autre est donc un fait constant.

II. — Il est rare que les trois réflexes soient constamment anormaux, du début à la terminaison de la paralysie générale; le plus souvent l'état normal et l'état anormal alternent au même degré pour tous les trois; quant au nombre des alternances, l'état normal et l'état anormal alternent entre eux au cours de la maladie et cela jusqu'à quatre fois.

III. — Le crémastérien est celui des trois réflexes qui présente le plus souvent l'anormalité constante du début à la terminaison de la paralysie générale sans alternance d'état normal et avec la plus longue durée du mal.

IV. — Il est exceptionnel que chez le même sujet les trois réflexes soient tous les trois constamment anormaux du début à la fin de la paralysie générale. Il est habituel que cette anormalité constante quand elle se produit ne se rencontre que sur un des trois réflexes, plus rarement deux.

V. — Il est exceptionnel de rencontrer en même temps les trois réflexes à l'état normal; au contraire, l'anormalité simultanée (3 p. 100) des trois (2 p. 100) est plus fréquente que l'anormalité simultanée de deux (20 p. 100) seulement et celle-ci plus fréquente que l'anormalité simultanée d'un seul, et cela à tous les mouvements de la paralysie générale.

VI. — Le patellaire est le réflexe le plus souvent anormal seul, le pharyngien et le crémastérien l'étant tous deux dans la même proportion, moitié moins souvent que lui. L'anormalité à deux, de beaucoup la plus fréquente, est celle du pharyngien et du crémastérien, le patellaire étant normal, celle de beaucoup la moins fréquente est l'anormalité simultanée du pharyngien et du patellaire, le crémastérien étant normal; entre les deux se place celle du crémastérien et du patellaire, le pharyngien étant normal.

VII. — Les états normaux qui d'habitude alternent avec les états anormaux des trois réflexes au cours de la paralysie générale ont toujours une durée notable, parfois même fort longue, néanmoins les durées les moins longues de un à deux mois sont encore des plus fréquentes.

VIII. — Des trois réflexes celui qui a présenté les états normaux intercalaires les plus persistants fut le patellaire, et les moins persistants le crémastérien.

IX. — Quand au cours de la paralysie générale, un réflexe présente plusieurs états normaux alternant avec des états anormaux, la durée de ces états normaux intercalaires est sensiblement la même pour chacun d'eux dans la presque totalité des cas.

X. — Toutefois la durée des états normaux intercalaires d'un réflexe ne permet pas de préjuger de celle des autres réflexes chez le même sujet; presque toujours chaque réflexe à cet égard évolue à sa façon, d'une façon différente de celle des deux autres.

XI. — Également les états normaux intercalaires des trois réflexes sont loin de coïncider toujours entre eux, ainsi que cela ressort déjà de la conclusion V.

XII. — D'ordinaire il n'existe pas de rapport de durée entre les états normaux et les états anormaux des réflexes; la durée de ceux-ci est presque toujours beaucoup plus longue.

XIII. — Il est de règle que le genre d'alternation présentée par un réflexe reste identique d'un bout à l'autre de la paralysie générale; toutefois il n'est pas rare qu'un même réflexe chez le même sujet soit altéré tantôt en plus et tantôt en moins, ces deux troubles opposés alternant entre eux comme alternent l'état normal et l'état anormal.

XIV. — Le pharyngien est, des trois réflexes, celui qui de beaucoup présente le plus souvent la même altération du début à la fin de la paralysie générale et le patellaire celui qui la présente le moins souvent.

XV. — Les alternatives d'altérations différentes ou de persistance de la même altération produisent trois types évolutifs distincts : 1° Le réflexe est altéré de la même altération durant tout le cours de la maladie; 2° Le réflexe d'abord altéré d'une façon durant un certain temps l'est ensuite d'une autre façon et celle-ci persiste tout le reste de la maladie; 3° Le réflexe passe successivement plusieurs fois par des altérations différentes.

XVI. — Dans le deuxième type évolutif, la seconde altération qui persiste tout le reste de la maladie est toujours celle caractéristique du réflexe, altération en plus pour le patellaire et en moins pour le pharyngien et le crémastérien.

XVII. — Il est tout à fait exceptionnel que chez le même sujet les trois réflexes offrent le même type; toutefois, il y en a toujours deux qui l'offrent.

XVIII. — Le seul type d'altération qui, chez le même paralytique se montre commun aux trois réflexes durant tout le cours de la maladie est celui de l'altération toujours identique et correspondant à la caractéristique de chaque réflexe; altération en plus pour le patellaire et en moins pour le pharyngien et le cré-

mastérien. Ce type d'altération est aussi de beaucoup le plus fréquent quand ce ne sont non plus les trois réflexes, mais deux d'entre eux qui le présentent; toutefois il n'est pas exclusif dans ce cas des deux autres types.

XIX. — Des trois types évolutifs des altérations décrits plus haut, celui de l'altération toujours la même occupe le premier rang pour le pharyngien et le crémastérien, et le second pour le patellaire; le type évolutif à altérations diverses et successives, le premier rang pour le patellaire et le second pour les deux autres; et quant au type évolutif à transformation unique, le troisième rang pour le pharyngien et le patellaire et pour le crémastérien, le second *ex aequo* avec le type précédent.

XX. — Des trois réflexes, celui qu'on trouve le plus souvent altéré selon le même type évolutif qu'un des deux autres est le pharyngien, puis le crémastérien et en dernier lieu le patellaire. Les deux réflexes qui le plus souvent offrent le même type d'altération sont le pharyngien et le crémastérien, ensuite le pharyngien et le patellaire et enfin le crémastérien et le patellaire.

XXI. — Quand le type évolutif, commun à deux réflexes, est celui à altérations diverses et successives, il n'y a pas synchronisme dans les transformations d'altérations opérées; dès lors, la durée de celles-ci est variable pour chaque réflexe.

XXII. — Des trois types évolutifs, celui à altération toujours la même au cours de la maladie est de beaucoup le plus fréquent; en second lieu vient celui à altérations diverses et successives, et en troisième lieu celui à transformation unique.

XXIII. — Les époques de la maladie où se produisent les transformations des altérations les unes dans les autres sont très variables non seulement pour les divers réflexes, mais encore pour le même réflexe selon les individus.

XXIV. — Il n'est pas douteux, dans les cas d'altérations diverses et successives, que les troubles qui correspondent à la caractéristique du réflexe aient une durée beaucoup plus longue que les troubles contraires et une intensité plus grande.

XXV. — Dans le type à altérations diverses et successives, le minimum d'alternatives constatées a été de trois.

XXVI. — Comme pour le passage de l'état normal à l'état anormal et vice-versa, il semble que la transformation d'une altération en une autre n'obéit à aucune règle fixe et s'opère de toutes façons: lentement ou brusquement, avec ou sans stade normal intercalaire.

XXVII. — Aux trois périodes de la paralysie générale les réflexes, quant aux états normaux et anormaux, offrent entre eux les plus grandes variétés d'évolution; le seul fait commun aux trois est l'absence à la période ultime d'un état normal constant succédant à un état anormal.

XXVIII. — Aux trois périodes de la paralysie générale ce sont les réflexes à caractéristique différente, qui, quant aux états normaux et anormaux, évoluent parallèlement.

XXIX. — Autant l'évolution identique des états normaux et anormaux des trois réflexes ou de deux d'entre eux est rare si on envisage les trois périodes de la paralysie générale, autant elle est fréquente si on envisage que deux et surtout une période de la maladie, et cette fréquence est d'autant plus grande que cette période est plus ultime.

XXX. — La variété d'évolution des états normaux et anormaux qui se montre aux diverses périodes de la paralysie générale, identique pour les trois réflexes

à la fois ou tout au moins pour deux d'entre eux, est celle de l'anomalie constante durant toute la période, et celle qui se présente la moins fréquente est l'état plusieurs fois normal et anormal. Entre ces deux se placent sensiblement au même rang les trois autres variétés d'évolution de ces deux états.

XXXI. — Il n'y a pas grande différence, aux dernières périodes de la paralysie générale relativement à la tendance des mêmes réflexes à évoluer identiquement quant à l'état normal et anormal.

XXXII. — A aucune des périodes de la paralysie générale le pharyngien n'est atteint d'augmentation constante tout le long de la période, et c'est à titre exceptionnel qu'il présente l'association de l'augmentation avec la diminution, d'autant moins rare que la période est plus avancée ; tandis que dès la première période il présente le maximum de diminution constante dont il est susceptible. Le crémastérien, lui, offre cette particularité d'être toujours altéré à la troisième période et ce, par diminution constante, et d'avoir, à l'inverse du précédent, l'augmentation progressivement décroissante avec les progrès du mal. Quant au patellaire, bien que la caractéristique soit incontestablement l'augmentation, on trouve toutefois à toutes les périodes une proportion assez forte de diminution, surtout à la phase ultime. Chez aucun des trois réflexes, sans doute à cause de la trop courte durée de chaque période considérée isolément, on ne trouve le type d'évolution par altérations diverses et successives.

XXXIII. — Des trois réflexes, le patellaire est celui qui a la tendance la plus marquée à présenter une évolution individuelle de ses diverses altérations, variable selon les sujets, et le crémastérien la moins marquée.

XXXIV. — Nous n'avons jamais constaté l'évolution identique aux trois périodes des altérations des trois réflexes chez le même sujet, de même que nous ne l'avions pas constatée pour l'évolution des états normaux et anormaux, mais beaucoup plus que pour ceux-ci nous avons constaté l'évolution identique de deux d'entre eux ou même des trois si on envisage non plus les trois périodes mais deux d'entre elles ou une.

XXXV. — A l'inverse de ce que nous avons signalé pour les états normaux et anormaux, ce sont les réflexes à caractéristique identique qui s'associent pour l'évolution semblable de leurs altérations. Il résulte de cette opposition que de ce que les réflexes d'une paralysie générale évoluent d'une façon identique quant à la normalité et à l'anormalité, il ne s'ensuit pas qu'ils évoluent identiquement quant à la nature des altérations.

XXXVI. — C'est à la phase ultime de la paralysie générale que les trois réflexes ont la plus grande tendance à présenter la même altération malgré leur caractéristique différente.

XXXVII. — La diminution est l'altération la plus fréquente atteignant à la fois les trois réflexes ; elle est même la seule qu'on rencontre pour les trois combinaisons de la troisième période, à deux comme à trois réflexes.

PAUL MASOIN (Gand).

Le Gérant : P. BOUCHEZ.

ns-
est
ent

ara-
nti-

'est
cep-
tant
ode
cré-
ode
en-
tel-
on
ion,
e de
type

plus
ons,

rois
nous
mais
e de
odes

ux et
pour
e de
uant
ment

exes
rac-

fois
mbi-